

**Université Paris Ouest Nanterre La Défense
Ecole doctorale Economie, Organisation, Sociétés
Centre de Recherches Populations et Sociétés CERPOS**

Thèse pour obtenir le grade de DOCTEUR

Discipline : Démographie

**La Santé Reproductive des Adolescentes en Basse Californie:
Résultats d'une enquête auprès des ménages.**

**Présentée et soutenue publiquement par :
Yolanda Palma Cabrera**

Thèse dirigée par Maria Eugenia COSIO ZAVALA

DECEMBRE 2013

JURY:

Prof. Carole Brugeilles, Université Paris Ouest Nanterre La Défense

**Prof. Maria Eugenia CosioZavala, Université Paris Ouest Nanterre La
Défense**

Prof. Bernard Grossat, Rapporteur, Université de Paris I

Prof. Norma Ojeda, Rapporteur, Université de San Diego

SOMMAIRE

Remerciements	7
Résumé	8
Introduction	9
CHAPITRE 1. LE CONTEXTE DE L'ETUDE	15
Introduction	16
1.1 Caractéristiques de l'adolescence	16
1.2 Le contexte démographique de la fécondité	19
Taux de fécondité chez les adolescentes dans le monde	19
La fécondité aux États-Unis	22
Tendances de la fécondité chez les adolescentes au Mexique	24
Fécondité chez les adolescentes par état	27
Fécondité en Basse-Californie selon le lieu de naissance de la femme	29
Effet de la structure par âge sur la fécondité chez les adolescents	33
Contraception	34
Croissance de la population au Mexique et en Basse-Californie	36
1.3 Visions conceptuelles sur les relations entre fécondité et migration	37
Mobilité de la population et comportement reproductif	41
Migration et santé mentale	44
Une analyse socioculturelle de la baisse de la fécondité	45
La transition vers la vie adulte	47
Départ du foyer	49

Avènement de la première grossesse et naissance du premier enfant	50
La religion	57
La scolarité	59
1.4 Conclusions	61
CHAPITRE 2. LES ANTECEDENTS DES PROGRAMMES SUR LA	65
POPULATION ET LA SANTE DE LA REPRODUCTION	
Introduction	66
2.1 Politiques et programmes de population et de planification familiale avant	69
1994	
Politiques et programmes de population antérieurs à 1994	69
Activités et programmes de planification familiale avant 1994	72
2.2 Programmes nationaux de Population après Le Caire	76
Le Programme national de population 1995/2000	76
Le Programme national de population 2001/2006	78
Le Programme national de population 2008/2012	86
2.3 Programmes de santé de la reproduction après Le Caire	91
Activités des programmes de santé de la reproduction 1994/1998	92
Programme de santé de la reproduction et de planification familiale	94
1995/2000	
Programme de santé sexuelle et de la reproduction 2001/2006	97
Programme de santé de l'adolescence 2000/2006 (PASA)	100
Programme spécifique d'action 2007/2012 de santé sexuelle et de la	102
reproduction pour les adolescents	

Définition des stratégies	105
2.4 Participation des organisations non gouvernementales (ONG)	106
2.5 Conclusions	108
CHAPITRE 3. FECONDITE	113
3.1 Caractéristiques générales des enquêtées	114
3.2 Grossesse et fécondité	129
3.3 Conséquences de la première grossesse	148
Des changements perçus dans la vie de la femme	149
Conséquences sur les soins de santé des femmes et leurs enfants	154
Les variables liées à la relation du couple	160
Les variables liées à la relation avec la famille d'origine	165
Planification de la première grossesse	169
Changements dans la sphère sociale	170
3.4 Conclusions	172
CHAPITRE 4. VARIABLES INTERMEDIAIRES	175
4.1 Début de la vie sexuelle	176
4.2 Union conjugale	193
4.3 Contraception	203
CHAPITRE 5. ANALYSE DU KHI CARRE ET MODELE DE REGRESSION LOGISTIQUE MULTIVARIE	219
Analyse multivariée de la probabilité d'avoir une grossesse avant 18 ans.....	229

CONCLUSIONS. LA BASSE-CALIFORNIE : UN CONTEXTE COMPLEXE POUR ABORDER LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES	235
Bibliographie	251
Index des tables	257
Index des graphiques	263
Annexe 1: Questionnaire individuel	264
Annexe 2: Questionnaire de ménage	340

Remerciements

Je remercie profondément ma directrice de thèse, Maria Eugenia Cosio Zavala, pour tout le soutien que j'ai reçu de sa part lors de la réalisation de ce travail, pour sa patience et son accompagnement pendant ce long processus qui n'a pas été des plus simples. Je me sens reconnaissante envers elle d'avoir partagé avec générosité ses connaissances et d'avoir lu chaque brouillon avec minutie.

Je remercie le Colegio de la Frontera Norte pour ces années de soutien institutionnel.

Mes remerciements à la Dr. Norma Ojeda pour son aide sur des aspects très importants de ce travail.

A Irasema Osuna pour son aide aussi désintéressée, intelligente et patiente, en particulier quand je suis passée par des moments difficiles; je crois réellement que, sans son soutien, je n'aurais pas pu terminer ce travail.

A Miguel Sanchez pour sa réponse également désintéressée et toujours rapide à un nombre sans fin de requêtes d'informations que j'ai réalisées pendant cette période.

A Javier Suarez et Javier Gonzalez pour leurs contributions à la recherche d'une technique adéquate qui a pu compléter l'analyse de l'information de ce travail.

Je voudrais aussi exprimer un remerciement affectueux à mon frère Alberto Palma Cabrera pour son aide intelligente. Il a toujours su, et parfois avant moi, ce dont j'avais besoin pour continuer de l'avant.

Finalement, je dédie cette thèse à Octavio, un exemple de force, de responsabilité, de travail et de persévérance, qui m'a soutenue et supportée dans les deux situations parmi les plus difficiles que j'ai traversées dans ma vie. Merci.

Résumé

La santé de la reproduction des adolescentes en Basse-Californie : résultats d'une enquête auprès des ménages

Le développement de cette étude part de l'observation des données de différentes sources au sujet de la fécondité des adolescentes de Basse-Californie (Mexique), qui a atteint un des plus hauts niveaux parmi les entités fédérées. Cet état est caractérisé par le fait que pratiquement la totalité de sa population se situe dans un territoire avec un contact quotidien potentiel avec la Californie aux Etats-Unis. D'autre part, il s'agit d'un état avec une forte immigration interne de population en provenance de plusieurs entités du pays.

Un autre aspect qui caractérise l'entité se réfère au comportement conservateur de ses autorités. La Basse-Californie est l'un des états qui a présenté des normes parmi les plus restrictives dans l'application des lois sur la santé de la reproduction ainsi qu'un faible intérêt dans l'élaboration de stratégies qui cherchent à résoudre les problèmes à partir des caractéristiques de l'entité.

Dans ce contexte de forte immigration interne, d'influence potentielle des Etats-Unis et de gouvernements très conservateurs, la question centrale posée par cette étude renvoie aux niveaux de fécondité, aux variables qui dans une grande mesure la déterminent en Basse-Californie, et aux causes potentielles de cette association en partant des théories qu'ont apportées différents auteurs.

La méthodologie utilisée dans cette étude fut celle d'une enquête de probabilité au sein de ménages comprenant des femmes de 18 à 29 ans. L'enquête de Basse-Californie provient d'un projet dont l'initiative a surgi du Collège de la Frontière Nord en réponse à un appel d'offre de CONACYT, sous la direction de l'auteure du travail présenté ici.

Mots-clefs : Adolescentes, Fécondité, Sexualité, Contraception, Basse-Californie, Enquête de ménage.

Introduction

Le comportement sexuel et reproductif des adolescents a été considéré comme un problème social et de santé publique dans plusieurs régions de la planète. L'Amérique latine et les Caraïbes n'ont pas fait figure d'exception. Le niveau de la fécondité chez les adolescents dans l'ensemble des pays de cette région a été dépassé seulement par les pays qui font partie de l'Afrique subsaharienne.¹ Cela est considéré comme un problème, car l'activité sexuelle au cours de cette étape du développement humain est pratiquée souvent sans protection. De ce fait, elle est associée à une grossesse non désirée ou à l'acquisition d'une maladie sexuellement transmissible.

Il y a des évidences qui montrent une augmentation de l'activité sexuelle des adolescents dans plusieurs pays du continent américain (Kostrzewa, 2008). Cependant, ce changement dans la pratique de la sexualité ne semblerait pas avoir été accompagné d'un réel changement d'attitude ou de mentalité (Palma, 2008). Cette situation serait à l'origine de l'augmentation des grossesses au sein de plusieurs populations. Dans ce sens, il semblerait que des sentiments de culpabilité continuent d'être présents au niveau de l'exercice de la sexualité : le manque de planification est un élément qui peut permettre une diminution du sentiment de culpabilité en relation au rapport sexuel chez la population adolescente. Dans ce même ordre d'idées, l'utilisation d'une méthode contraceptive serait une composante de cette planification, difficile de mettre en œuvre du fait que les relations sexuelles sont perçues comme quelque chose d'inapproprié. C'est pour cela que l'utilisation de méthodes contraceptives lors des premiers rapports sexuels ne semble pas être fréquente, malgré une augmentation notoire du niveau d'information au sujet de ces méthodes dans la majeure partie des pays latino-américains.

L'idée d'une grossesse souhaitée pendant l'adolescence est également primordiale. Des données suggèrent en effet que la grossesse pendant l'adolescence pourrait faire partie d'un projet de vie attrayant à court terme (Palma y Walezka, 1999), vu que dans certains cas cette idée pourrait être le résultat d'un contexte socioéconomique peu prometteur pour les jeunes. Dans ce même ordre d'idées, les fantaisies associées à la grossesse et à la vie en couple occupent un espace important. Par exemple, il faut reconnaître que la

¹En fonction des objectifs de cette étude, nous considérons que l'étape de l'adolescence s'achève à 20 ans. Au cours de l'analyse des données, nous la désagrégerons dans plusieurs cas en termes d'âges au plan individuel, en raison de l'hétérogénéité observée dans le comportement de ce groupe d'âge.

définition d'un projet de vie fait partie des processus vécus pendant la période de l'adolescence. Cette situation pourrait devenir angoissante et elle pourrait déboucher sur la maternité/paternité.

L'adolescence est une étape à laquelle de nombreux changements ont lieu à travers l'adoption du rôle d'adulte, aussi bien la fin de la vie étudiante et l'incorporation au marché du travail, que dans la vie familiale avec le mariage et la naissance du premier enfant (Mier y Terán, 2007: 85-106). Ces différents rôles peuvent s'avérer incompatibles, ou bien l'adoption forcée de l'un d'entre eux peut survenir quand une grossesse non planifiée a lieu. Par exemple, dans le premier cas, cela déboucherait sur la désertion scolaire afin d'élever un enfant, et dans le second cas la naissance d'un enfant peut obliger l'adolescent à s'incorporer de façon précoce au marché du travail. Dans les deux cas, l'adolescent expérimenterait deux transitions vers la vie adulte qui n'ont pas été planifiées par celui-ci à ce moment précis de sa vie.

La région frontalière du nord du Mexique, et en particulier la Basse-Californie, recouvre une réalité où les problématiques associées à la conduite sexuelle et reproductive des adolescents se sont accentuées. Une information révèle qu'en 2005 l'état de Basse-Californie présentait le second taux de fécondité le plus élevé pour le groupe d'âge 15/19 ans, si l'on compare les différentes entités fédérées du pays (le Chiapas se trouve en première place) et il serait le plus élevé pour le groupe 12/14 ans (*Secretaría de Gobernación*, 2008).

Ce résultat est inattendu si l'on considère que la Basse-Californie est l'un des états possédant l'un des plus forts niveaux de développement et au sujet duquel on aurait pu formuler comme hypothèse que la distance avec les États-Unis aurait pu apporter davantage d'opportunités dans l'accès aux différentes méthodes de régulation de la fécondité.

Selon les enquêtes nationales de la dynamique démographique (1992 et 2009), le taux de fécondité pour le groupe 15/19 ans a été estimé à 106,4 naissances pour mille adolescentes à la fin de la décennie des années 1980. Ce chiffre est dépassé seulement par des états avec les plus faibles niveaux de développement socioéconomique du pays : le Chiapas, le Guerrero et le Oaxaca et aussi par le Quintana Roo, caractérisé comme la Basse-Californie comme étant une entité fédérée avec un très fort niveau d'immigration.

Pour l'année 2006, le niveau du taux de fécondité adolescente avait diminué, bien que la Basse-Californie se situe parmi les six états avec un niveau supérieur pour cet indicateur.

La migration a une influence dans ce domaine, car en général on observe au Mexique un début de la reproduction plus précoce chez les jeunes femmes migrantes, si on le compare avec celui des femmes qui résident dans leurs lieux de naissance. La fécondité des femmes adolescentes et jeunes « non originaires » montre au niveau national des valeurs qui sont plus élevées que chez les femmes « originaires » de Basse-Californie.

Les politiques publiques mises en œuvre par les institutions de santé au Mexique ont eu une influence importante sur ces résultats. Au milieu des années 1990, une stratégie fondamentale a été de promouvoir exclusivement le stérilet et l'occlusion tubaire bilatérale, ce qui a eu comme conséquence l'attention prioritaire envers les groupes plus âgés (Palma, 2003 ; Palma, 2004). Cependant, les dernières évaluations accomplies par le Conseil National de Population (CONAPO, 2010) reconnaissent que les adolescentes constituent la population la moins soutenue et que les stratégies adéquates n'ont pas été menées en vue de résoudre les problèmes qu'affronte cette population. Ce n'est que sous le précédent sexennat présidentiel (2006/2012) que s'est mis en place un Programme de Santé Sexuelle et de la Reproduction pour Adolescents. Celui-ci a tenté de s'adapter aux besoins locaux dans chaque entité de la fédération mexicaine. Dans le cas de la Basse-Californie, l'Etat a peu été présent dans ce domaine et il n'y a pas eu beaucoup de progrès au niveau de la prise de conscience de ce problème (entretiens personnels avec des représentants du secteur de la santé).

Devant cette problématique observée en Basse-Californie, au sein du Collège de la frontière nord, j'ai effectué une enquête qui a été élaborée et appliquée dans les ménages sous le nom de « Santé de la reproduction de l'adolescence en Basse-Californie », avec l'objectif de produire des informations qui permettent de connaître l'état de la santé sexuelle et de la reproduction pendant l'adolescence dans cette région péninsulaire et d'identifier son association avec des variables du contexte social, économique et culturel.

La population qui fait l'objet de cette enquête est formée par des jeunes hommes et des jeunes femmes entre 18 et 29 ans qui résident habituellement dans des logements situés

en Basse-Californie. Il convient de mentionner que la population qui fait l'objet de cette étude est formée par des jeunes, car l'information recueillie se réfère à des événements qui sont survenus pendant l'adolescence. Le fait de s'entretenir avec des jeunes permet d'observer certains effets d'un début précoce de la reproduction.

Pour recueillir l'information qui se réfère à l'état de santé sexuelle pendant l'adolescence, ainsi que les principales caractéristiques sociodémographiques de la population qui fait l'objet de cette étude, nous avons élaboré trois questionnaires. Un premier pour les ménages dans lequel nous avons noté tous les membres de celui-ci et leurs caractéristiques. A partir de ce questionnaire nous avons pu identifier les individus qui font partie de la population étudiée. Les deux autres questionnaires individuels avec lesquels nous avons accompli l'enquête s'adressaient aux jeunes choisis de chaque sexe. La méthodologie utilisée pour cette étude a été celle de l'enquête de probabilité (ménages). La taille de l'échantillon pour atteindre les objectifs de l'étude était de trois mille femmes et de mille jeunes garçons. Selon les données provenant du Recensement de population réalisé en l'an 2000, on estime qu'il fallait sélectionner dans tout l'état 188 Aires géostatistiques de base (*Áreas Geoestadísticas Básicas*). Parmi celles-ci, 5 914 ménages ont été dégagés, mais seulement 4 998 ont pu être interrogés, c'est-à-dire que le niveau de non réponse a été de 15,5%. Au sein de ces ménages, nous avons dénombré 2 444 femmes qui pouvaient être choisies, entre lesquelles nous avons obtenu une réponse complète dans 2 395 cas, c'est-à-dire que le niveau de non réponse a été en effet de seulement 2%. Le niveau de non réponse, un indicateur important dans une étude de cette nature, peut être considéré comme très satisfaisant dans le cas des entretiens individuels. Dans le cas des entretiens aux ménages, au sein de niveaux acceptables, le poids d'un niveau fort de non réponse dans les municipes de Rosarito et de Tecate a fait diminuer la réponse globale. Dans ce travail, nous avons utilisé la base de données dépurée dans laquelle l'information a été capturée en ce qui concerne le questionnaire individuel des femmes de 18 à 29 ans. En raison du fait que l'étude de la santé sexuelle et reproductive des jeunes hommes s'inscrit dans un autre cadre conceptuel, avec des caractéristiques spécifiques, l'analyse les concernant n'est pas intégrée dans ce texte.

Ce travail de thèse est structuré au fil de six différents chapitres. Dans le premier d'entre eux, une discussion est présentée autour de différentes visions sur le sujet de la grossesse

à l'adolescence. Nous analysons la littérature qui identifie la relation entre les variables indépendantes sélectionnées avec le début de l'activité sexuelle et reproductive pendant l'adolescence, et nous identifions comment il s'intègre dans le contexte mondial pour le cas du Mexique. La recherche tend à mettre l'accent sur le fait d'identifier que la migration est un facteur décisif dans le comportement sexuel et de la reproduction chez les adolescentes en Basse-Californie.

Dans le second chapitre, nous réalisons un panorama des actions en termes de programmes dans le domaine de la population et la planification familiale qui ont été mis en place par les secteurs publics et privés dans le pays, à partir de la modification de l'article 4 de la Constitution, et les actions qui peuvent avoir un effet sur la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents. Dans cette analyse, nous considérons que la Conférence internationale sur la Population et le Développement qui a eu lieu au Caire en 1994 constitue un moment clé dans la conceptualisation et l'exécution des programmes de population et de planification familiale, maintenant appelés sous le nom de santé de la reproduction.

Les chapitres 3 et 4 analysent l'information de l'enquête mentionnée. Nous traitons les thèmes qui portent sur l'âge à la première union conjugale ; selon le lieu de naissance des jeunes ; leur scolarité ; leur condition religieuse ; l'accès qu'ont les jeunes pour aller habiter dans le pays voisin, les Etats-Unis d'Amérique, la perception qu'ils ont de ce pays et la transmission intergénérationnelle du fait d'être mère dans l'adolescence. Ainsi, on explore les conséquences sociales et de santé qui sont constituées par le fait d'avoir eu un enfant pendant l'adolescence et l'utilisation de méthodes de contraception.

Le chapitre 5 présente les exercices de Khi carré qui ont été réalisés dans le but de déterminer le niveau de relation entre la variable dépendante principale de cette étude, l'âge à la première grossesse et les variables indépendantes considérées, en prenant en compte que les variables qui ont été incorporées dans l'analyse sont de nature catégorique.

Une fois que l'association avec les variables indépendantes a été déterminée, nous avons analysé le fait d'avoir ou pas de grossesse avant 18 ans, en utilisant un modèle de régression logistique multivarié pour vérifier si les associations observées de manière univariée continuaient d'être significatives. Autrement dit, nous avons estimé les

paramètres qui permettent de construire un modèle qui estime la probabilité de que l'événement central survienne contre la probabilité de que cela ne survienne pas, en considérant de manière conjointe les variables avec lesquelles il y a des relations univariées significatives.

En particulier, il est intéressant de situer le poids de la migration par rapport aux autres variables qui sont en jeu dans le contexte de la Basse-Californie. Enfin, dans le sixième chapitre, les conclusions finales sont développées après la réalisation de la recherche, en s'attachant aux aspects fondamentaux de l'analyse.

CHAPITRE 1

LE CONTEXTE DE L'ETUDE

Introduction

De manière générale, ce chapitre traite des aspects qui caractérisent l'étape de l'adolescence selon l'Organisation mondiale de la santé ainsi que selon plusieurs auteurs, laquelle est définie par les critères détaillés plus loin. Dans cette section, le thème abordé porte sur la santé sexuelle et reproductive associée à cette phase du développement humain. Le contexte démographique du monde, de l'Amérique latine et du Mexique sera présenté ensuite afin de situer, d'un point de vue quantitatif, l'univers dans lequel est plongée l'entité fédérée de l'étude : la Basse-Californie.

Un certain nombre d'approches de différents auteurs seront fondamentalement développées au sujet des liens entre migration et fécondité dans le domaine des Sciences sociales.

Enfin, on étudiera les résultats d'études faisant référence aux variables pour lesquelles il a été démontré qu'elles étaient liées à la grossesse des adolescentes, en particulier dans le cas de la Basse-Californie.

1.1 Caractéristiques de l'adolescence

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1995) définit l'adolescence comme étant l'étape qui s'écoule entre 10 et 19 ans. On considère qu'elle est composée de deux phases : le début de l'adolescence (de 10 à 14 ans) et l'adolescence tardive (de 15 à 19 ans). La présente étude se développe à partir de ces critères de définition.

Indépendamment des influences sociales, culturelles et ethniques, l'adolescence est caractérisée par les événements suivants (OMS, 1995, Nelson, 1995) :

- Croissance corporelle due à l'augmentation du poids, de la taille et changement des formes et dimensions du corps.
- Augmentation de la masse et de la force musculaire, plus marquée chez l'homme.
- Augmentation de la capacité de transport d'oxygène, accroissement des mécanismes de régulation sanguine, maturation des poumons et du cœur.

- Lors de l'accélération de la croissance, les changements liés aux formes et dimensions corporelles peuvent provoquer des troubles tels que : maladresse, manque de coordination, fatigue, troubles du sommeil. Les changements antérieurs peuvent également occasionner des désordres émotionnels et comportementaux de manière transitoire.
- Développement sexuel caractérisé par la maturation des organes sexuels, apparition des caractères sexuels secondaires et début de la capacité reproductrice.
- Aspects psychologiques : recherche de l'identité, besoin d'indépendance, évolution de la pensée concrète vers l'abstraction, développement de l'identité sexuelle, fluctuations de l'humeur, besoin de formuler et de trouver une réponse concernant un projet de vie.

L'adolescence est considérée comme une étape du développement pendant laquelle on arrête d'être un enfant pour débiter une vie adulte et indépendante. Un développement approprié permet à l'adolescent de se constituer en tant qu'adulte psychologiquement sain. Toutefois, cette évolution psychologique ne dépend pas exclusivement du milieu familial dans lequel elle se déroule. En d'autres termes, il ne suffit pas d'avoir des parents compétents pour parvenir à un statut d'adulte psychologiquement sain. La puissante et inévitable influence du milieu social peut provoquer de graves conflits et un manque d'adaptation. Il existe un décalage entre la maturation biologique et psychologique. Il est possible d'affirmer qu'actuellement un certain nombre de facteurs empêchent l'esprit d'accompagner le corps durant ce processus de maturation, chose qui n'existait pas dans les sociétés primitives (Bloss, 1971). Cet auteur souligne que le comportement adolescent est un phénomène complexe dépendant de l'histoire individuelle et de l'environnement dans lequel celui-ci se déroule. D'autre part, l'adolescence est une étape de changements complexes de l'état d'esprit pendant laquelle des ajustements internes sont nécessaires pour intégrer la sexualité sous sa forme adulte, notamment la fonction reproductrice.

L'adolescence est également un phénomène socialement construit dont les conditions et caractéristiques actuelles datent principalement de la fin des deux siècles passés. Au début du siècle précédent (Stanley Hall, 1904), l'adolescence a commencé à être intégrée comme « étape de la vie » dans la pensée sociale. L'OMS (1995) définit

l'adolescence de nos jours comme une étape de questionnements, lors de laquelle les individus, cessant d'être des enfants, cherchent la manière de s'incorporer à la vie adulte. Un aspect important est l'apparition des caractères sexuels secondaires, signe de la maturité génitale pour la procréation. En conséquence de cela, divers processus psychologiques et sociaux surgissent et caractérisent l'adolescence et ses groupes d'appartenance : ses pairs, ses professeurs, ses parents, etc. (Rodriguez, 2001).

Les changements entraînés par la révolution sexuelle dans la société contemporaine, tels que la maturité sexuelle précoce, l'effet des moyens de communication sur le comportement des jeunes, l'affaiblissement et/ou la rupture des liens familiaux, parfois associés à la migration sont, parmi d'autres, des facteurs qui contribuent au début précoce de l'activité sexuelle et, par conséquent, de la grossesse précoce chez les adolescentes de toutes les strates socio-économiques (Ibañez, 2001).

Un autre aspect qui rend problématique la grossesse durant l'adolescence est que le retard observé dans de nombreux contextes quant à l'âge de la première union n'est pas accompagné d'un retard de l'âge du début de l'activité sexuelle. Dans cette optique, l'absence d'un partenaire pour une femme enceinte augmente les difficultés, qu'il s'agisse de la décision de ne pas interrompre la grossesse ou bien, si celle-ci arrive à terme, de l'éducation d'un enfant.

Au Mexique, la structure actuelle d'utilisation des méthodes contraceptives par groupes d'âge est le résultat de politiques menées par les institutions sanitaires, depuis le début de la prise de mesures jusqu'à la fin des années 90. Une des stratégies fondamentales fut de promouvoir presque exclusivement (principalement dans le cas de l'IMSS²) le stérilet et l'occlusion tubaire bilatérale, ce qui a eu pour conséquence de répondre principalement aux besoins des groupes plus âgés.

Les adolescents, dans notre pays, sont un groupe considéré prioritaire depuis le premier « Plan national de planification familiale » jusqu'au récent « Programme de santé reproductive ». Sous la dernière présidence mexicaine (2006/2012), le premier « Programme national de santé sexuelle et reproductive pour adolescents » a été élaboré. Cependant, tous leurs besoins n'ont pas été couverts de manière adéquate, comme le

² Instituto Mexicano del Seguro Social, qui fournit la sécurité sociale

montrent les données disponibles au sujet des grossesses non désirées, des besoins insatisfaits de contraceptifs et des nouveaux cas de personnes atteintes du VIH contrairement à ce qui est arrivé dans les groupes plus âgés.

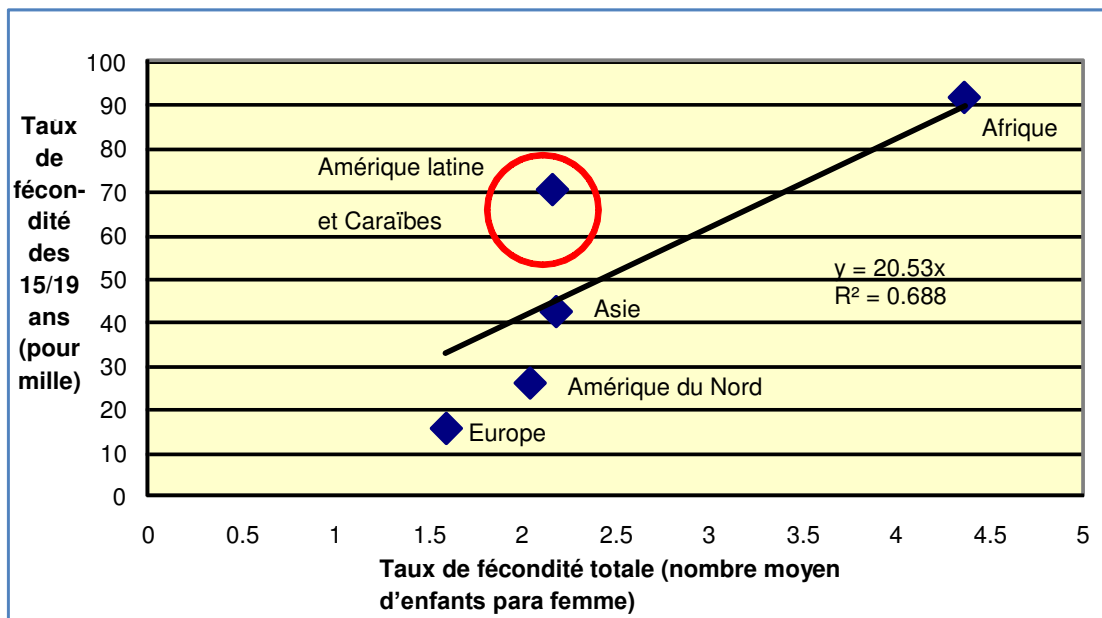
Un des obstacles identifiés pouvant expliquer cette situation est que le thème de la sexualité chez les jeunes possède un très fort contenu idéologique. En particulier, la réprobation et la négation de l'existence de relations sexuelles chez les jeunes en dehors du mariage persistent. Cela est notable dans la persistance active de groupes radicaux à rendre publique leur obsession pour le refus de la sexualité. Comme on peut le constater, la promotion de pratiques préventives et de prestation de services a souffert d'un contexte défavorable. Tout cela peut expliquer, du moins en partie, le manque de poids voire même l'absence de l'actuel gouvernement (Palma, 2007).

1.2 Le contexte démographique de la fécondité

Taux de fécondité chez les adolescentes dans le monde

La caractéristique principale associée à la fécondité chez les adolescentes d'Amérique latine et des Caraïbes est représentée par un taux plus élevé de ce que l'on pourrait attendre. Cette affirmation tient de l'observation de la droite de régression dans laquelle sont associés le taux de fécondité des 15/19 ans et le taux de fécondité totale des cinq continents de la planète (Rodriguez-CELADE, 2011). Selon les données de cette régression, il est attendu un taux de fécondité chez les adolescentes de l'ordre de 40 naissances pour mille adolescentes, alors que le taux observé est de 70 naissances pour mille femmes entre 15 et 19 ans divisé par le nombre total de femmes de ce groupe d'âge. Ce phénomène est présent uniquement dans cette région du monde. L'Afrique se trouve un peu au-dessus de la droite et l'Asie un peu au-dessous. La fécondité chez les adolescentes d'Europe et d'Amérique du Nord est beaucoup plus basse que ce qu'annonçait la droite de régression.

Graphique 1.1 Droite de régression associant le taux de fécondité des 15/19 ans et le taux de fécondité totale pour les cinq continents de la planète.



Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of United Nations. World Population Prospect. The 2012 Revision.

Au niveau international, un aspect essentiel est la récente inclusion de l'accès universel à la santé reproductive dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement (ODM). En 2005, lorsque ce but a été annoncé, une série d'indicateurs ont également été définis : le taux de fécondité chez les adolescents, le taux d'utilisation des contraceptifs, le besoin insatisfait des contraceptifs et l'accès au suivi prénatal. Selon cette base de données conçue par les Nations Unies afin d'évaluer les Objectifs du Millénaire pour le développement, le taux de fécondité pour mille femmes entre 15 et 19 ans, pour le monde entier, est de 61 en 1990. En 2005, il est descendu de 20,3 % atteignant ainsi une valeur de 48,6 (Tableau 1). La valeur de cet indicateur pour la dernière année écoulée était de 23,6 pour les régions considérées développées et la variation était importante parmi celles dites en voie de développement. Le niveau le plus élevé en 2005 était observé en Afrique subsaharienne (118,9) et le second était celui de l'Amérique latine et des Caraïbes (73,1 naissances pour mille femmes entre 15 et 19 ans). De plus, cette région enregistre la plus faible baisse, avec seulement 5,6%. On peut

donc affirmer que la fécondité chez les adolescentes est un thème d'actualité dans la région Amérique latine.

Les taux très bas de cet indicateur qui sont observés dans l'ensemble des pays formant la région d'Asie de l'Est attirent également l'attention. Ces résultats contrastent avec ceux des pays de l'Afrique subsaharienne dont les valeurs restent très élevées et le niveau de baisse très faible entre 1990 et 2005.

Une analyse des comportements des variables intermédiaires dans chaque région donnerait certainement des éléments fondamentaux pour comprendre les différences si importantes observées entre celles-ci.

Tableau 1.1

Taux de fécondité des femmes de 15 à 19 ans classés par région du monde, en 1990 et 2005

Région	1990	2005	Changement
Monde	61,0	48,6	20,3
Régions développées	34,7	23,6	32,0
Régions en voie de développement	66,5	53,1	20,2
Afrique du nord	42,9	31,5	26,6
Afrique subsaharienne	130,6	118,9	9,0
Amérique latine et Caraïbes	77,4	73,1	5,6
Asie de l'Est	21,3	5,0	76,5
Asie du Sud	90,1	53,7	40,4
Asie du Sud-est	50,4	40,4	19,8
Asie occidentale	63,6	50,2	21,1
Océanie	82,3	63,5	22,8
Communauté des États Indépendants	52,1	28,4	45,5

SOURCE : Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement, rapport 2008, New York (2008) [en ligne] : <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/reports.shtml>

Note : En Amérique latine et aux Caraïbes, les chiffres présentés en 1990 ont changé de manière significative dans le rapport des OMD de 2010 sans l'apparition de signes précurseurs pouvant expliquer cette modification.

La fécondité aux États-Unis

L'analyse de la fécondité chez les adolescentes aux États-Unis est intéressante étant donné qu'il s'agit du pays voisin du nord du Mexique et qu'il peut influencer différents aspects du comportement de notre population. On peut avancer comme hypothèse que cette influence soit plus prononcée pour les entités fédérées se trouvant en frontière du pays. Dans le tableau 1.2, on observe que le taux de fécondité des 15/19 ans dans ce

pays est passé d'une valeur de 59,9 naissances pour mille jeunes femmes de 15 à 19 ans en 1990 à un taux de 40,5 en 2005. Bien que la diminution soit significative, la valeur de cet indicateur est passablement plus élevée que la moyenne estimée (données présentées dans le tableau 1) pour les pays développés : respectivement 34,7 en 1990 et 23,6 en 2005. On peut donc affirmer que la fécondité chez les adolescentes aux Etats-Unis maintient des valeurs élevées alors qu'il s'agit d'un des pays les plus développés sur la planète. Dans le graphique 1, la fécondité des adolescentes des pays faisant partie de l'Amérique du Nord se trouve au-dessous de la moyenne indiquée par la droite de régression avec une valeur aux alentours de 20 naissances pour mille femmes entre 15 et 19 ans. Cela s'explique par la très basse fécondité observée au Canada, compte tenu du niveau de fécondité adolescente aux Etats-Unis dépassant les 40 naissances pour mille femmes entre 15 et 19 ans.

L'analyse du comportement des populations d'origine hispanique résidant dans ce pays donne des indications pertinentes pour notre travail. En 2010, il est estimé que 50,5 millions de personnes d'origine hispanique vivent aux Etats-Unis : 31,8 millions d'entre elles sont d'origine mexicaine et 11,6 sont de nationalité mexicaine. Ces deux groupes additionnés représentent 86% de la population d'origine hispanique résidant aux Etats-Unis. Le taux de fécondité chez les adolescentes de ce groupe montre en 2005 une valeur deux fois plus importante que la moyenne nationale du pays analysé, c'est-à-dire 81,7 naissances pour mille adolescentes. En 1990, ce taux était déjà considérablement plus élevé que la valeur estimée pour toutes les adolescentes nord-américaines, avec 100,2 naissances pour mille adolescentes d'origine hispanique contre 59,9 pour mille.

Un autre aspect qu'il faut souligner dans l'analyse du tableau 1.2. concerne la fécondité des adolescentes mineures, c'est-à-dire entre 15 et 17 ans. Pour tout le pays, le taux de fécondité correspondant à ce groupe d'âge était de 21,4 en 2005 contre 48,5 pour la population d'origine hispanique. Les valeurs des taux de fécondité des 18/19 ans sont extrêmement élevées : 69,9 pour mille pour l'ensemble du pays et 134,6 pour la population d'origine hispanique en 2005. Cette dernière valeur est équivalente à celles observées au Mexique pour les groupes à la fécondité la plus importante, à savoir les femmes de 20 à 24 ans et celles de 25 à 29 ans en 2006.

En 2008, selon le CDC (*Center for Disease Control*), près de 750 000 femmes de moins de 20 ans sont tombées enceintes aux États-Unis : 733 000 d'entre elles étaient des adolescentes de 15 à 19 ans et 13 500 avaient moins de 15 ans.

Tableau 1.2

Population totale et d'origine hispanique résidant aux États-Unis. Taux de fécondité des groupes d'âge 15/19 ans, 15/17 et 18/19 ans en 1990, 2000 et 2005.

Total	Total	De 15à 17 ans	De 18à 19 ans
1990	59,9	37,5	88,6
1995	56,0	35,5	87,7
2000	47,7	26,9	78,1
2005	40,5	21,4	69,9
D'origine hispanique	Total	De 15à 17 ans	De 18à 19 ans
1990	100,2	65,8	147,6
1995	99,3	68,3	145,4
2000	87,3	55,5	132,6
2005	81,7	48,5	134,6

SOURCE : Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC).
Rapports statistiques de l'État civil.

Tendances de la fécondité chez les adolescentes au Mexique

Il existe au Mexique trois sources d'informations permettant de mesurer la fécondité récente : l'échantillon du recensement réalisé en 2010, les statistiques de l'État civil et l'Enquête nationale de la dynamique démographique (ENADID) menée en 2009. Après avoir analysé les résultats fournis par ces trois sources de données démographiques, il

nous a semblé que l'ENADID 2009 fournissait les informations les plus récentes et les plus fiables en ce qui concerne la fécondité totale et la fécondité du groupe des 15/19 ans par état. Les données qui sont analysées dans cette source font la moyenne des résultats concernant la fécondité des cinq années qui ont précédé à l'enquête (2004, 2005, 2006, 2007 et 2008), d'où le choix de les dater de 2006. Les trois années intermédiaires (2006, 2007 et 2008) sont rassemblées dans l'année 2007.

Tableau 1.3

Taux par âge et taux de fécondité totale des femmes de 15 à 49 ans au Mexique

Source	Groupe d'âge							Taux de fécondité totale
	De 15 à 19 ans	De 20 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	
ENADID quinquennales 2006	69,2	129,1	118,6	84,9	42,0	10,0	1,2	2,3
ENADID triennales 2007	69,5	128,1	115,8	82,6	40,8	9,6	1,1	2,2
Statistiques de l'État civil 2007	74,5	136,9	122,0	83,6	43,7	10,3	1,3	2,4
Recensement 2009	56,9	131,8	125,5	95,0	50,3	16,7	2,7	2,4
SOURCE : Estimations basées sur l'Enquête nationale de la dynamique démographique (ENADID 1992 et 2009). Estimations basées sur les statistiques de l'état civil de 2007. Estimations basées sur l'échantillon du Recensement de la population et du logement de 2010.								

En 2006 (tableau 1.3), il est estimé que le taux de fécondité totale du Mexique était de 2,3 enfants par femme, ce qui place notre pays très près du seuil de remplacement des générations. Le taux de fécondité observé chez les adolescentes est de 69,2 enfants nés vivants pour 1000 femmes. Cette valeur est très similaire à celle relevée en Amérique latine et aux Caraïbes dans le cadre des estimations du CELADE pour 2011. Elle est inférieure à l'estimation des Nations Unies pour cette région en 1990 de 77,4. C'est

également le cas pour la valeur de 73,1 naissances pour mille femmes de 15 à 19 ans proposée par la même source pour l'année 2005.

Le recensement fournit le taux le plus bas de fécondité des trois sources qui sont comparées ici. Il est fort probable que cette source de renseignements sous-estime la fécondité chez les adolescentes puisque n'importe quel membre du ménage peut être l'informateur; ce dernier pouvant émettre des réserves au moment de déclarer la maternité d'une adolescente avec laquelle il posséderait des liens de parenté, surtout si celle-ci est célibataire ou bien se tromper sur l'âge de la mère ou de l'enfant. Il peut également prétendre que l'enfant est d'une femme de sa famille plus âgée et vivant dans le même ménage; les niveaux de fécondité des femmes du dernier groupe d'âge sont les plus élevés de toutes les sources mentionnées dans le tableau. Enfin, les données de l'ENADID 2009 sont plus faibles que celles des statistiques de l'État civil, car cette enquête a été pondérée avec les projections de la CONAPO pour 2005/2050 présentant une différence de 4 millions de personnes en comparaison à la population du recensement de 2010.

Fécondité chez les adolescentes par état

Tableau 1.4

**Taux de fécondité des adolescentes par entité fédérée du
Mexique, en 1989 et 2006**

Entité fédérée	ENADID 1989		ENADID 2006	
	De 15 à 19 ans	Taux de fécondité totale	De 15 à 19 ans	Taux de fécondité totale
National	84,6	3,5	69,2	2,3
Aguascalientes	69,2	3,7	68,5	2,6
Basse-Californie	106,4	3,1	77,3	2,1
Basse-Californie du Sud	93,0	2,9	77,8	2,1
Campeche	127,7	3,7	71,7	2,2
Coahuila	85,7	3,1	77,3	2,3
Colima	79,1	3,0	59,9	2,1
Chiapas	129,0	4,6	91,7	2,8
Chihuahua	87,4	3,2	74,4	2,2
District fédéral	44,8	2,1	62,2	1,8
Durango	104,6	4,0	76,4	2,5
Guanajuato	59,8	3,9	68,8	2,5
Guerrero	129,2	4,5	80,1	2,8
Hidalgo	101,3	3,5	73,6	2,3
Jalisco	71,5	3,9	69,7	2,6
Mexico (état de)	96,3	3,4	65,9	2,1
Michoacán	84,7	4,2	68,4	2,3
Morelos	71,5	3,0	66,0	2,0
Nayarit	98,5	3,7	92,3	2,6
Nuevo León	42,0	2,5	64,5	2,1
Oaxaca	133,9	4,6	57,0	2,4
Puebla	100,6	4,3	64,3	2,4
Querétaro	82,3	4,1	61,4	2,3
Quintana Roo	118,6	3,7	91,7	2,2
San Luis Potosí	90,1	4,1	60,5	2,5
Sinaloa	70,0	3,2	69,9	2,2
Sonora	78,4	2,9	61,0	2,3
Tabasco	100,3	3,4	71,4	2,1
Tamaulipas	75,6	2,8	64,5	2,2
Tlaxcala	92,2	3,9	66,1	2,4
Veracruz	88,2	3,2	68,8	2,3
Yucatan	91,2	3,8	65,7	2,0
Zacatecas	75,9	4,3	65,1	2,7

SOURCE : Estimations basées sur les Enquêtes nationales de la
dynamique démographique (ENADID 1992 et 2009).

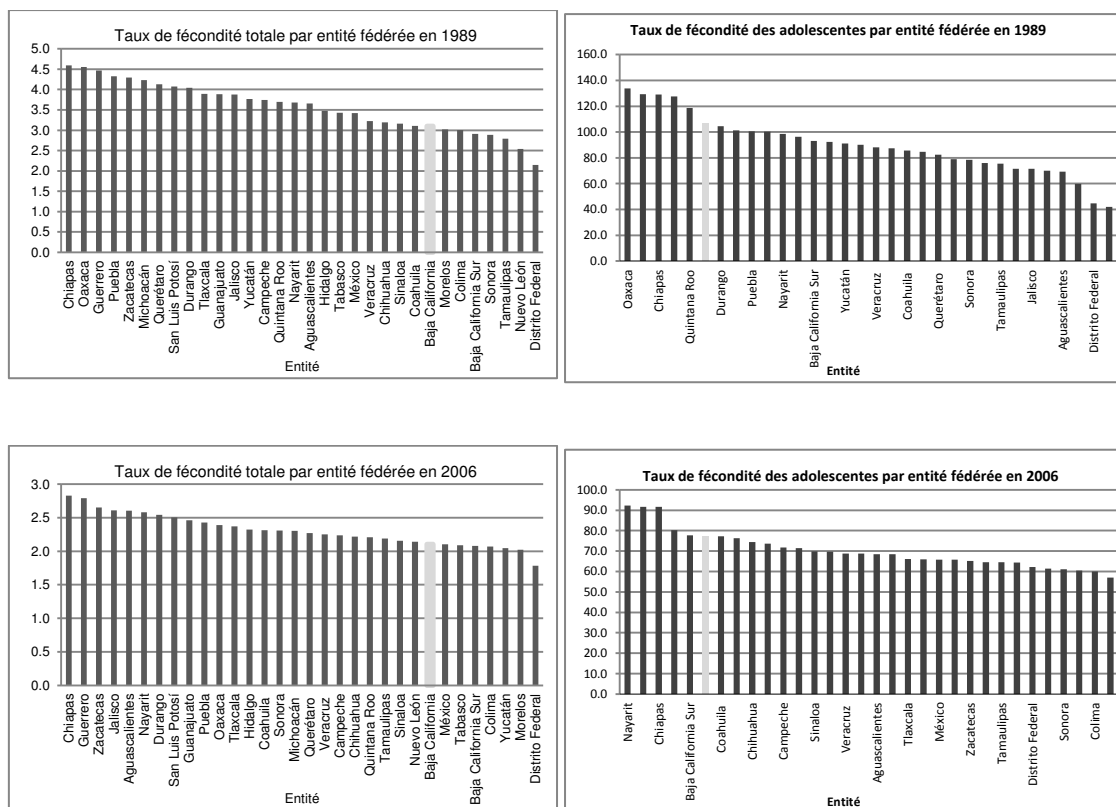
Le niveau du taux de fécondité totale pour les différents états varie en 2006 entre 1,78 et 2,83, valeurs correspondant respectivement au District fédéral (capitale) et à l'état du

Chiapas. En Basse-Californie, la valeur est inférieure à celle observée de 2,1 au niveau national et vient se placer parmi les six états possédant les taux les plus bas de fécondité totale.

Le comportement de fécondité chez les adolescents n'est pas lié de manière directe avec la fécondité totale. Les facteurs socio-économiques qui constituent chaque milieu géographique influent différemment sur les deux indicateurs. Ainsi le taux de fécondité chez les adolescentes en Basse-Californie se place en 2006 parmi les six plus élevés du pays, atteignant la valeur de 77,3 naissances pour mille femmes entre 15 et 19 ans, plus de 7% au-dessus du niveau national correspondant. L'état d'Oaxaca, par exemple, présentant un faible niveau socio-économique possède également le taux le moins haut de fécondité chez les adolescentes à savoir 57. Il y a 17 ans, le panorama était le même, bien que les valeurs fussent plus élevées pour les indicateurs analysés : le taux de Basse-Californie pour la population adolescente était de 106,4 naissances pour mille femmes entre 15 et 19 ans, comparé à 84,6 pour tout le pays. D'autre part, le taux de fécondité totale s'élevait à 3,1 enfants par femme dans cet état alors que pour toutes les femmes en âge de procréer résidant dans le pays, le taux de fécondité totale observé était de 3,5.

Les données ci-dessus soulignent le besoin de réaliser des études spécifiques permettant d'identifier les facteurs qui marquent ces différences dans des contextes spécifiques. Le travail présenté ici essaye de contribuer à cette tâche, en transposant cette problématique dans le cadre de l'état de Basse-Californie.

Graphique 1.2 Taux de fécondité totale et taux de fécondité chez les adolescentes par état, 1992 et 2009.



SOURCE : Estimations basées sur l'Enquête nationale de la dynamique démographique (ENADID 1992 et 2009).

Fécondité en Basse-Californie selon le lieu de naissance de la femme

L'analyse comparée de la fécondité entre femmes originaires de l'état et immigrées en Basse-Californie montre qu'une différence importante sépare les deux groupes. La fécondité chez les adolescentes est 56 % plus élevée chez les jeunes filles qui ont immigré dans l'état que chez celles qui en sont originaires. D'ailleurs, les taux des groupes d'âge suivants sont également plus forts chez les immigrées, sauf exception du groupe des 35/39 ans pour 2006. Le taux de fécondité totale est 33% plus élevé chez les immigrées.

Notons que les données correspondantes à l'ensemble du pays indiquent une fécondité plus importante chez les femmes résidant dans un état autre que celui de leur naissance et cela pour les deux groupes les plus jeunes (tableau 1.6). Il est par conséquent possible de poser l'hypothèse que soit la migration opère une sélection quant aux comportements

reproductifs des femmes ou bien alors que le fait de migrer ait un effet sur l'augmentation de la fécondité chez les femmes plus jeunes.

Tableau 1.5

Taux par âge et taux de fécondité totale en Basse-Californie, selon si les personnes sont originaires de l'état (1989 et 2006)

Taux par âge et taux de fécondité totale en Basse-Californie
--

Source	Groupes d'âge							Taux de fécondité totale
	De 15 à 19 ans	De 20 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	
ENADID								
quinquennales 1989	106,4	173,8	137,8	117,8	55,4	27,3	1,7	3,10
ENADID								
quinquennales 2006	77,3	124,3	103,3	71,3	29,0	11,6	3,8	2,10

Taux par âge et de fécondité totale des femmes originaires de l'état en Basse-Californie

Source	Groupes d'âge							Taux de fécondité totale
	De 15 à 19 ans	De 20 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	
ENADID								
quinquennales 1989	88,3	138,8	123,6	107,9	38,6	17,0	0,0	2,57
ENADID								
quinquennales 2006	64,4	114,6	87,3	50,7	34,0	9,9	3,7	1,82

Taux par âge et de fécondité totale des femmes immigrées en Basse-Californie

Source	Groupes d'âge							Taux de fécondité totale
	De 15 à 19 ans	De 20 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	
ENADID								
quinquennales 1989	125,5	204,3	147,2	122,8	63,3	30,1	2,0	3,48
ENADID								
quinquennales 2006	100,1	135,8	119,5	89,0	25,2	12,7	3,8	2,43

SOURCE : Estimations basées sur l'Enquête nationale de la dynamique démographique (ENADID 1992 et 2009).

Tableau 1.6

Taux par âge et de fécondité totale au Mexique, chez les femmes originaires de l'état et immigrées, 2008

	Groupes d'âge							Taux de fécondité totale
	De 15 à 19 ans	De 20 à 24 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	

		ans		ans		ans		
Originaires	68,0	126,8	116,2	83,7	38,1	8,9	1,5	2,22
Immigrées	88,7	134,0	106,1	77,7	32,7	6,7	0,0	2,23

SOURCE : Estimations basées sur l'Enquête nationale de la dynamique démographique (2009).

Le vieillissement de la population rend difficile la visualisation de changements réels lorsque l'on compare le taux quinquennal du groupe des 15/19 ans pour une population spécifique dans le temps. Cela est dû, de manière plus prononcée que pour les groupes d'âge quinquennaux des plus « âgées », à ce que les taux de fécondité par âges individuels augmentent de manière importante avec l'âge des adolescentes. Pour illustrer cet aspect, il a été réalisé un essai de standardisation basé sur les taux de fécondité au niveau national estimés pour le quinquennat 2005/2010. Il est important d'observer la grandeur de ces taux : 9 naissances pour 1000 femmes de 15 ans contre 106,4 pour celles qui avaient atteint les 19 ans. Si ces taux s'appliquent aux structures d'âge de Basse-Californie en 1970 et 2010, on obtient respectivement des taux de fécondité de 54,8 et 57 naissances pour 1000 femmes entre 15 et 19 ans. La fécondité aurait donc augmenté en raison du changement de structure interne de ce groupe d'âge, alors que les données réelles soulignent une diminution de celle-ci. Dans le tableau 1.4, on peut observer que la valeur du taux de fécondité des femmes de 15 à 19 ans passe de 84,6 à 69,2 naissances pour 1000 femmes au niveau national alors qu'en Basse-Californie la baisse de cet indicateur fut de 106,4 à 77,5. Ce point doit être pris en compte lors de l'analyse des taux de fécondité chez les adolescentes.

Effet de la structure par âge sur la fécondité chez les adolescents

Tableau 1.7

Répartition en part de la population féminine de 15 à 19 ans selon leur âge

Âge	1970		1990		2000		2010	
	Mex.	B.C	Mex.	B.C	Mex.	B.C	Mex.	B.C

15	21,5	21,5	20,7	19,7	20,6	19,6	20,4	20,4
16	20,3	20,8	20,4	19,7	19,8	19,2	19,6	19,3
17	20,1	20,3	20,6	20,5	20,4	19,9	20,6	20,1
18	20,8	19,8	20,8	21,2	20,9	21,3	20,9	21,0
19	17,3	17,6	17,5	18,9	18,3	20,0	18,5	19,2
De 15 à 19	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Recensement de population et des logements (1970, 1990, 2000 et 2010).

Tableau 1.8

Exercice de standardisation de la fécondité chez les adolescentes en Basse-Californie

Âge	Population par âges		Taux de fécondité	Naissances estimées	
	1970	2010		1970	2010
15	10,400	29,995	0,00897	93,288	269,055
16	10,077	28,417	0,02722	274,296	773,511
17	9,831	29,622	0,05572	547,783	1650,538
18	9,587	30,933	0,08704	834,452	2692,408
19	8,465	28,151	0,10643	900,93	2996,111
Total	48,360	147,118		2650,749	8381,623

Résultats :

Taux de fécondité estimé chez les adolescentes en 1970 : 54,8 naissances pour 1000 femmes.

Taux de fécondité estimé chez les adolescentes en 2010 : 57,0 naissances pour 1000 femmes.

Contraception

Il existe une grande quantité d'information concernant la décision et la mise en œuvre de la décision d'éviter une grossesse lors du début de l'activité sexuelle. Selon l'ENSAR 2003, seulement 27,1% des femmes en âge de procréer dans le pays ayant déjà utilisé une méthode contraceptive avaient une parité nulle au début de l'utilisation de la première méthode. D'après les données de l'ENADID 2009, plus de 90 % des femmes entre 30 et 34 ans, ayant commencé leur activité sexuelle avant 15 ans, n'ont

pas utilisé de méthode contraceptive lors de leur première relation sexuelle. Ce pourcentage baisse à 75 % pour le groupe d'âge des 15/19 ans, ce qui démontre que les générations plus jeunes ont pris conscience de l'importance d'éviter une grossesse et de se protéger des MST dès le début de l'adolescence, c'est-à-dire au moment de la puberté. Cependant, il faut souligner que le niveau de cet indicateur reste très élevé.

Tableau 1.9

Pourcentage de femmes en âge de procréer utilisant des méthodes contraceptives par groupes d'âge (1976 à 2009)

Groupe d'âge	1976	1987	1992	1997	2006	2009
Total	30,2	52,7	63,1	68,5	70,9	72,5
15/19	14,20	30,20	36,40	45,00	39,40	44,70
20/24	26,70	46,90	55,40	59,30	57,80	62,90
25/29	38,60	54,00	65,70	67,80	65,80	66,50
30/34	38,00	62,30	70,10	75,40	74,90	73,10
35/39	37,90	61,30	72,60	76,10	78,40	80,20
40/44	25,10	60,20	67,40	74,50	77,70	81,10
45/49	11,80	34,20	50,50	61,40	72,50	74,80

SOURCE : Estimations du Conseil national de population se basant sur : EMF 1976; ENFES 1987; ENADID 1992, 1997, 2006 y 2009.

L'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes d'un âge plus avancé (45/49 ans) montre une croissance importante entre 1976 et 2009 (CONAPO, 2009). Sa valeur a été multipliée par 6, passant ainsi de 11,8% à 74,8% (tableau 1.9). Cette même utilisation chez les adolescentes entre 15 et 19 ans enregistre le niveau le plus bas de tous les groupes d'âge en 2009 (44,7%), près de 20% en dessous du groupe d'âge des 20/24 ans qui les suit dans le classement. L'augmentation depuis 1976 est très importante. La valeur de 14,2% observée lors de la première année est triplée pour atteindre les 44,7% mentionnés plus haut, en 2009. Il est important de relever qu'à partir de 1987, la croissance de l'utilisation de méthodes contraceptives chez les adolescents

est fortement ralentie, en comparaison aux autres groupes d'âge. La période analysée, 1976/2009, débute avec un changement de politique en matière de population au Mexique et la mise en place des programmes de planification familiale de la part des institutions gouvernementales. Entre 1974 et 1987, sont alors observés des changements très forts correspondant à une demande potentielle déjà existante qui a été alors satisfaite. Après cela, les hausses sont moins marquées pour les groupes les plus jeunes, cela étant probablement dû à la promotion importante des stérilets et de l'opération féminine dont nous avons parlé précédemment.

Le besoin insatisfait de contraceptifs est défini comme étant le pourcentage de femmes exposées à une grossesse (sexuellement actives et fertiles) n'utilisant aucune méthode de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'autres enfants ou pas dans l'immédiat (dans les deux années suivantes). Selon cette source récente d'informations qu'est l'ENADID de 2009, les besoins non satisfaits en termes de méthodes contraceptives s'élèvent seulement à 9,8% au niveau national. Cependant, les variations entre états sont importantes : elles s'échelonnent entre 22,6 % à 4,7%. En ce qui concerne la Basse-Californie, selon les données avancées dans cette étude, la valeur de cet indicateur est de 6.7%, se situant ainsi en dessous la moyenne nationale.

L'actuel Programme national de population reconnaît, en s'inspirant de cette information, que la population la moins prise en charge par les politiques publiques reste les adolescentes et les jeunes et que cette problématique doit être traitée puisque cette classe d'âge traverse une étape cruciale de sa vie pendant laquelle de nombreuses décisions prises se répercutent dans les étapes suivantes (CONAPO, 2008).

Croissance de la population au Mexique et en Basse-Californie

La population du Mexique a augmenté très rapidement jusqu'aux années 70, puis à partir de cette époque cette croissance a commencé à fléchir. Selon le XIII^{ème} recensement national réalisé en 2010, la population estimée au milieu de cette année pour l'ensemble du pays s'élève à 112 336 538 habitants, près de 4 millions de plus que ce qui était annoncé par le Conseil national de population (CONAPO) dans ses projections démographiques.

De son côté, la Basse-Californie est un état connaissant une très forte croissance. En 1950, elle comptait 226 965 habitants. Dix ans plus tard, 520 165 habitants résidaient dans cette entité fédérée ; le taux de croissance annuelle atteindra alors 8,6 pour cette décennie. Il commencera ensuite à diminuer tout en se maintenant à un niveau élevé. D'après le dernier recensement, cette entité fédérée faisait état de 3 155 070 habitants (les projections démographiques du CONAPO annonçaient 3 252 690 individus) avec un taux de croissance moyenne par an de 2,1% en se basant sur la population estimée en 2005.

Ce fort accroissement en Basse-Californie s'explique en grande partie par des niveaux élevés d'immigration. En effet, près de la moitié de la population n'est pas originaire de l'entité : 47% en 1980, 50% en 1990 et 53% en 2000.

Un certain nombre de facteurs font de la Basse-Californie un milieu spécialement complexe vers lequel convergent divers éléments socioculturels qui nous obligent à établir un cadre spécifique d'analyse du comportement reproductif chez les adolescents y résidant.

La migration nette de cette entité, toujours en augmentation depuis les années 80, a atteint la valeur maximale de 42 700 en 2008. Cette valeur est la plus élevée de tous les états du pays (*Secretaría de Gobernación*, 2008).

D'autre part, selon la *Secretaría de Gobernación*(2008), la ville de Tijuana fait partie des 11 zones métropolitaines de plus d'un million d'habitants dans le pays, dépassé en taille seulement par cinq villes (deux d'entre elles étant métropolitaines). La source mentionnée estime que 1 725 500 habitants résident à Tijuana en 2008, nombre presque équivalent à l'ensemble de la population observée dans cette entité fédérée en 1990 et qui constitue 56% de la population totale de l'état.

Les nombres avancés précédemment sont notamment dus au taux de croissance exceptionnellement élevé de Tijuana entre 1990 et 2000. La ville s'est étendue au plan démographique avec un rythme de 5,5% pendant cette période. L'ampleur de ce pourcentage est significative lorsqu'on le compare à la croissance du pays qui s'élevait à 1,85% pour cette même décennie.

Les résultats préliminaires du recensement de 2010 avancent le nombre de 1 559 714 habitants sur le territoire du municipe de Tijuana (estimation la plus basse de toutes les projections). Cela place Tijuana en troisième position des municipes de plus grande taille au Mexique, derrière la délégation d'Iztapalapa faisant partie du District fédéral et Ecatepec dans l'état de Mexico.

Il faut finalement souligner la contiguïté de cet état avec celui de Californie, l'une des zones les plus développées du monde. Les municipes de Tijuana, Mexicali et Tecate se trouvent le long de la frontière de ce pays alors que Playas del Rosarito et Ensenada se trouvent respectivement à 30 km et à 100 km.

La proximité n'est pas seulement physique, l'influence pourrait également se retrouver dans le comportement sexuel et reproductif de ces deux populations. Les données relatives à la fécondité de la population d'origine hispanique résidant aux Etats-Unis nous permettent de poser cette affirmation comme hypothèse.

Les éléments précédemment développés forment un contexte culturel complexe dans lequel l'analyse de la santé sexuelle et reproductive de la population adolescente prend toute sa valeur.

1.3 Visions conceptuelles sur les relations entre fécondité et migration

L'origine de cette recherche se base sur trois observations : a) les taux élevés de fécondité chez les adolescentes en Basse-Californie durant plusieurs décennies alors que la fécondité totale figure parmi les plus basses du pays ; b) le fait qu'il s'agisse d'une entité fédérée comportant une importante immigration ; c) les écarts entre la fécondité des femmes en âge de procréer originaires de l'état et immigrées, et plus particulièrement en ce qui concerne l'étape de l'adolescence.

La problématique centrale qui sous-tend cette étude pourrait être formulée ainsi : la migration est-elle un facteur décisif dans le comportement reproductif des adolescentes résidant en Basse-Californie ?

Pour tenter de répondre à cette question, il faut considérer, en dehors de la migration, d'autres variables qui peuvent rentrer en concurrence avec celle-ci en étant associées de manière évidente à la fécondité chez les adolescentes ou bien parce qu'elles sont caractéristiques de cette entité fédérée.

Plusieurs perspectives théoriques encadrent l'étude de la fécondité chez les populations immigrées.

L'hypothèse de l'*adaptation* (Devolder et Bueno, 2011) reste la plus soutenue ; elle affirme que les femmes immigrées adaptent progressivement leur comportement reproductif à celui de la société réceptrice. Dans cette optique théorique, on part du présupposé que les femmes immigrées soient naturellement sélectionnées par leur comportement reproductif s'apparentant plus à celui du pays ou de la région de destination (dans le cas présent, l'étude porte sur la migration interne du Mexique et, plus particulièrement de l'entité fédérée frontalière, la Basse-Californie) qu'à celui des non-immigrées qui sont restées dans leur lieu d'origine. Cependant, les immigrées en Basse-Californie proviennent de régions diverses aux comportements très hétérogènes. On pourrait donc avancer comme hypothèse que les femmes immigrées sont différentes de celles restées dans leur lieu d'origine par le simple fait d'avoir pris la décision de changer de lieu de résidence. Il est également important de prendre en compte que, pour une grande partie de cette population, la première destination était les Etats-Unis.

La deuxième perspective développe le concept de *sélection* de la population immigrée en Basse-Californie. On a généralisé l'hypothèse selon laquelle les femmes immigrées sont sélectionnées de manière naturelle par leur préférence reproductive plus proche de celle du pays de destination que celle de leur lieu d'origine. Cette approche s'appuie sur des caractéristiques telles que l'âge, l'état civil, l'activité, le niveau scolaire, les ambitions en terme de mobilité sociale et les préférences familiales. Les femmes immigrées sont caractérisées par un retard de l'union, une réduction de la fécondité et une augmentation de l'activité professionnelle (Lindstrom et Giorguli, 2007).

L'hypothèse de l'*interruption* défend l'idée d'une baisse de la fécondité dans la période précédant et suivant le fait migratoire ; baisse due aux coûts personnels et économiques qu'implique cet événement (séparation du couple, interruption de l'activité économique, etc.). Les données nationales montrent que les adolescentes et les jeunes originaires de

chaque entité fédérée présentent toujours une fécondité moins élevée que les immigrées, ce qui ne concorderait pas avec cette hypothèse, vu que les processus d'adaptation au lieu de destination et aux objectifs du projet migratoire retarderaient la décision d'avoir un enfant.

Suite quasi naturelle de l'hypothèse de l'interruption, l'*interrelation* d'évènements considère qu'une fécondité élevée suivant la migration est le produit de la confluence d'un certain nombre de faits se réalisant en un même moment (Milewski, 2007). Cette perspective s'applique en général à la migration ayant pour objectif la formation d'un couple ou, plus particulièrement, le regroupement familial (Roig et Castro, 2007).

L'hypothèse de la *socialisation* considère quant à elle que les premières générations de la migration (primo arrivants) maintiennent des règles reproductives qui sont dominantes dans le lieu d'origine (Milewski, 2007 ; Kulu, 2003). En se basant sur ce raisonnement, les personnes qui émigrent pendant leur enfance ou bien celles appartenant à la seconde génération devront, par conséquent, adopter un comportement reproductif plus proche de celui du pays de destination.

Enfin, l'hypothèse de la *légalité* se présente comme une relation causale entre la migration internationale, le statut légal et les événements démographiques, et dans ce cas précis les naissances. Elle part du fait que les femmes immigrées sans papiers élèvent leur fécondité en arrivant à destination afin d'acquérir certains bénéfices leur permettant de résider légalement dans le pays (Bledsoe, 2004 ; Bledsoe *et al.*, 2007).

Comme il a été exposé précédemment, être ou ne pas être natif de Basse-Californie constitue un facteur décisif dans le comportement sexuel et reproductif chez les adolescentes, au moins dans deux domaines. Premièrement, il existe une tendance au sein de la population à conserver les patrons comportementaux du lieu d'origine. Bien qu'une proportion importante des jeunes qui sont immigrées dans cet état soit originaire d'une entité fédérée de basse fécondité et que seulement un peu plus de 10% d'entre elles soient nées dans une localité rurale, les autres viennent d'états du sud du pays. Un autre argument à prendre en compte est le fait que le processus de l'adolescence implique la définition d'un projet de vie pouvant être source d'angoisse que l'on tente de combler par la maternité ou un rapprochement intime du couple (Palma, 2008). Si la

migration est d'elle-même un facteur altérant les conditions psychosociales d'une personne, à cela viendrait s'ajouter l'état de fragilité lié à l'adolescence.

Pour résumer, lors du processus de migration, l'adolescent doit traverser différentes étapes importantes pour lesquelles il doit opérer certains ajustements internes. Le fait que ces deux processus soient quasi simultanés peut altérer le comportement relatif à la sexualité qui aurait existé en cas d'« absence » de migration.

L'hypothèse de l'interrelation serait alors le cadre théorique le plus adapté à l'étude de la Basse-Californie. Ainsi la fécondité élevée suivant la migration ne serait pas tant due à un processus de réunification conjugale, mais plutôt à un effet lié à de possibles altérations produites par le processus même de migrer. Il est crucial de rappeler que la population étudiée est composée d'adolescentes et de jeunes femmes résidant à Tijuana.

Un certain nombre de variables liées à la vie reproductive et étudiées dans cette thèse vont être à présent examinées : la migration, en premier lieu, suivie de la religion qui présente un aspect différent à la moyenne nationale. Seront étudiées ensuite des variables portant sur le fait que la Basse-Californie constitue un état dont l'ensemble de la population réside dans des localités frontalières ou ayant accès à la frontière : l'obtention d'un visa pour se rendre aux États-Unis ainsi que des appréciations concernant les différences entre le mode de vie du Mexique et des États-Unis. Enfin, deux variables dont l'association avec la fécondité chez les adolescentes a déjà été observée dans de nombreuses études : le niveau de scolarité et le transfert intergénérationnel de la maternité pendant l'adolescence.

Mobilité de la population et comportement reproductif

En suivant la ligne de recherche mentionnée, sur une étude de la mobilité de la population et le comportement reproductif (Estrella, 1999) les variables intermédiaires déterminant la fécondité seront analysées selon le cadre conceptuel de Davis et Blake (Davis et Blake, 1956) tout en utilisant le modèle de Bongaarts (Bongaarts, 1978) afin de comprendre les différences de comportement reproductif entre les femmes originaires de la frontière nord du Mexique et celles qui y ont immigré.

Les rythmes élevés de croissance sont liés aux flux de migration interne qui se dirigent vers cette zone. L'immigration se répercute sur certains facteurs de croissance naturelle de la population de la frontière nord du Mexique. Comme il a été précisé précédemment, nous analysons l'impact indirect généré par l'immigration vers l'état de Basse-Californie à travers le comportement reproductif des femmes immigrées résidant dans cette entité.

Les données montrent que les 6 états frontaliers du nord du Mexique (Basse-Californie, Coahuila, Chihuahua, Sonora, Nuevo León et Tamaulipas), ainsi que les 38 municipes les composant, qui, par leur contiguïté avec la frontière internationale ou bien par l'intensité de leurs interactions avec les Etats-Unis sont considérés frontalières, se caractérisent par une croissance de la population dépassant le niveau total du pays. D'autres auteurs (Zenteno y Cruz, 1992) ont souligné que pendant que ces six états montraient une croissance plus rapide que l'ensemble du pays, ces municipalités dépassaient de 1930 à 1990 les rythmes de croissance de ces états.

Les taux de fécondité totale baissent considérablement entre 1952 et 1984 en Basse-Californie. À partir de 1970, ils se situent sous le niveau national. En 1984, le niveau de la fécondité totale de Basse-Californie est estimé à 3,6 enfants par femme, alors que la valeur correspondante de cet indicateur au niveau national était de 4,4 enfants par femme. On observe donc un début de processus de réduction de la fécondité anticipé sur l'ensemble du pays. Dans la majorité des comparaisons possibles entre les trois régions du nord du Mexique, les femmes immigrées vivant en couple présentèrent des moyennes d'enfants nés et en vie qui sont supérieures à celle des femmes non immigrées en couple. Dans le cas spécifique de la région nord-ouest du pays dont fait partie la Basse-Californie, on a pu établir pour 5 des 7 groupes quinquennaux d'âge considérés que les femmes immigrées présentaient des niveaux de fécondité accumulée supérieurs à ceux des femmes non immigrées qui résidaient dans cette zone du pays. Ce qui vient d'être avancé suggère que les femmes immigrées peuvent être considérées un groupe « transitionnel » puisqu'il existe des preuves démontrant que leurs niveaux de fécondité sont plus bas que ceux des lieux ruraux d'où elles proviennent, mais qu'ils restent supérieurs et contribuent à élever les niveaux de fécondité des zones urbaines de destination.

La fécondité entre jeunes filles originaires et immigrées en Basse-Californie est analysée dans cette étude grâce au modèle de variables intermédiaires proposé par Boongarts. Celle-ci nous mène à la conclusion que ces différences de fécondité potentielle entre les deux groupes peuvent être attribuées à des variables intermédiaires non incluses dans le modèle, la plus évidente étant « l'avortement induit ». Toutefois, Boongarts ajoute que pour que cela soit vérifié, il faudrait que la prévalence des avortements soit supérieure chez les femmes immigrées que chez les originaires, ce qui irait à l'encontre des résultats d'études internationales ayant démontré que l'incidence de l'avortement induit est généralement associée positivement au milieu urbain et à une scolarité longue. On fait ainsi référence ici aux femmes qui sont originaires de l'état considéré.

La deuxième variable non incluse concerne la possible séparation temporelle des conjoints.

Le troisième élément est lié à l'infécondité due à l'allaitement, ce qui indiquerait que les femmes immigrées réduiraient leur fécondité potentielle de manière plus prononcée que celles qui sont originaires de l'état à cause de leur période plus longue d'allaitement.

La quatrième variable est une plus grande utilisation de contraceptifs chez les femmes originaires de l'état que chez les immigrées.

Pour finir, les modèles de formation d'unions qui caractérisent chacun de ces groupes soulignent un nombre moins important de femmes en couple chez celles qui sont originaires de cet état.

Une grande partie des disparités de fécondité entre les femmes immigrées et originaires de l'état de Basse-Californie peut être attribuée à des comportements et des processus probablement différents en ce qui concerne des pratiques telles que l'avortement induit et la séparation temporelle des conjoints, en grande partie due à la migration liée au travail. Ces mêmes pratiques et processus doivent faire partie du profil reproductif de la population frontalière qui, par proximité, a accès à des procédures légales d'avortement ainsi qu'aux marchés du travail internationalisés.

L'analyse montre donc que le niveau élevé de fécondité, observé en 1990 chez les femmes immigrées en comparaison aux originaires de l'état, est dû à ce que ces

premières ont en proportion davantage d'enfants hors mariage. À cela il faut ajouter qu'un plus grand nombre d'entre elles vivent en couple et qu'une proportion moindre de celles-ci a recours aux contraceptifs. Enfin les écarts de fécondité se réduisent de manière marginale à cause des périodes plus longues d'allaitement post-partum.

La mobilité géographique est un élément qui intervient dorénavant dans le processus de formation de la famille, principalement en ce qui concerne la première union et la naissance du premier enfant (Sebille, 2005). En se basant sur les données de l'Enquête démographique rétrospective (EDER), l'auteur conclut, grâce à la construction de trajectoires de migration, qu'il existe des calendriers différents d'installation en couple selon les hommes et les femmes. Par exemple, on se met en ménage plus précocement en zone rurale qu'en zone urbaine. Un autre exemple serait celui des émigrés dans les villes qui s'installent en couple plus tardivement que les sédentaires.

Les résultats présentés dans la deuxième partie de cette étude permettent d'avancer l'hypothèse que le statut familial, social et économique est plus important que la migration en ce qui concerne la détermination des différents modèles d'union.

L'analyse des premières naissances met en évidence la similitude des calendriers quant aux trajectoires de migration. Le court intervalle entre l'union et la naissance du premier enfant laisse entrevoir une forte relation temporelle entre les deux premières étapes du processus de formation de la famille (Sebille, 2005).

Migration et santé mentale

D'autre part, une toute autre ligne de recherche (Bhugra, 2004) envisage la migration comme un processus ni simple ni direct et dont les facteurs de stress intrinsèques affectent les émigrés et leurs familles. L'auteur affirme aussi que la migration est, ou bien peut être, un phénomène qui représente une source importante de stress bien que tous les émigrés ne passent pas par les mêmes étapes.

L'auteur soutient aussi que la migration ne se déroule pas en une seule phase, mais en une série d'événements influencés par divers facteurs qui agissent pendant une période de temps prolongée. Dans cet article, quatre étapes y sont détaillées, chacune avec ses

caractéristiques qui détermineront les effets psychopathologiques que pourraient ou non provoquer la migration :

- Les expériences « pré-migratoires » dans le pays d'origine
- Le processus de sélection à la migration
- L'expérience de la migration
- L'expérience « post-migratoire »

Lors de la première et seconde étape, il est précisé que les compétences au niveau social, le concept du « moi » et le degré de vulnérabilité psychologique, social et biologique jouent un rôle important. Ces facteurs auront une influence plus grande selon la nature de la migration volontaire ou forcée. Une fois la migration terminée, les facteurs significatifs englobent la perte de lien, de possessions et de soutien. Pendant cette étape peut débuter le processus d'acculturation. Au niveau du groupe, le fait de vivre avec les membres de sa culture ou de sa communauté peut augmenter ou atténuer le stress. Le troisième facteur crucial dans la genèse du stress lié à la migration est l'éloignement géographique qui est ressenti lors du processus. Il est fort probable que plus celui-ci est important, plus le changement de réalité est sérieux. Lorsque cet aspect est combiné aux motifs de la migration, le panorama se complexifie (Ojeda et Zavala, 2010).

En définitive, la période d'ajustement dépendra de la personnalité de l'individu, des raisons de la migration et de l'accueil de la nouvelle société envers le dernier venu. Les caractéristiques démographiques des individus et groupes qui émigrent sont significatives pour comprendre l'expérience de la migration. Les variables clés que l'on peut citer seraient : le groupe ethnique (ou racial) d'appartenance, l'âge et le sexe.

Dans cette étude, en conclusion la migration est présentée comme un phénomène très complexe pendant lequel l'individu traverse une série de réajustements et tente de répondre à un certain nombre de facteurs de tension associés à la préparation, au processus et à l'adaptation post migratoire. Parmi tous ces facteurs, le fait que la migration soit forcée ou volontaire est crucial.

Une analyse socioculturelle de la baisse de la fécondité

Le contexte qui va être ensuite présenté permet de placer la grossesse des adolescentes dans un cadre plus large prenant en compte la baisse de la fécondité et les changements les plus notables sur le chemin vers l'âge adulte.

Il est, tout d'abord, pertinent de faire référence à la discussion entamée par Ansley Coale en 1971. Celle-ci s'inscrit dans une étape lors de laquelle le Mexique commence à proposer un changement d'orientation des politiques de population qui s'inscrit dans le contexte de pensée théorique européen. Dans son article, Coale (1971) aide à mettre en place un contexte différent concernant les observations mentionnées plus haut.

En résumé, cette étude met en avant le fait qu'un des aspects les plus persuasifs et réfléchis de la transition démographique est sa réfutation des explications biologiques ou technologiques simplistes à propos de la baisse du taux de procréation. Il a été démontré, par exemple, que les explications biologiques avançant que la vie urbaine et les régimes alimentaires modernes aient réduit la capacité de procréer sont fausses puisque les taux de grossesse sont aussi élevés et les intervalles entre naissances aussi courts chez les populations modernes utilisant la contraception que chez les populations primitives. L'explication technologique imputant la baisse de la fécondité maritale à l'intervention des contraceptifs modernes est contredite par la preuve historique, défendue par Norman Himes (1973) concernant l'existence de connaissances anciennes de méthodes contraceptives traditionnelles, combinée à la preuve clinique de l'efficacité des dites méthodes, notamment le coït interrompu et l'allaitement. De plus, la baisse de la fécondité a commencé avant la manufacture et la distribution de nouveaux dispositifs contraceptifs tels que le préservatif ou le diaphragme.

Les analyses de cette époque, au début des années 70, soulignent la grande importance des changements socioculturels sur les attitudes et laissent en arrière-plan la disponibilité de technologies contraceptives efficaces. Des enquêtes aux Etats-Unis montrent un pourcentage élevé de grossesses non planifiées et certaines mêmes non désirées (dans les années 60) alors que dans des sociétés moins développées comme les zones urbaines d'Amérique latine, les femmes étaient prêtes à tout pour ne pas avoir d'enfants et provoquaient elles-mêmes l'avortement (méthodes très anciennes) ou

avaient recours à des médecins non qualifiés ayant pour conséquence des taux élevés d'hospitalisation et y compris de mortalité (Viel, 1966).

Ces observations suggèrent qu'une forte motivation n'est pas suffisante et que le recours à la technologie est également important. Il est, par conséquent, naturel de vouloir améliorer les pratiques contraceptives, y compris à travers le développement d'une utilisation plus efficace des méthodes traditionnelles, puisqu'habituellement cela permet une forte baisse de la fécondité maritale.

L'étude de Coale (1971) posait à ce moment les conditions suivantes pour permettre une baisse sur la longue durée de la fécondité maritale.

- La fécondité doit être pensée comme le calcul d'un choix conscient. Les parents potentiels doivent considérer comme acceptable le fait d'analyser quels sont les avantages et les inconvénients avant de prendre la décision d'avoir un enfant (les Huttérites³ considèrent qu'il s'agit d'un calcul immoral).
- La réduction de la fécondité doit constituer un avantage. Les circonstances sociales et économiques perçues doivent faire paraître la réduction de la fécondité comme un avantage pour les couples de manière individuelle.
- Les techniques efficaces de réduction de la fécondité doivent être accessibles. Les procédés qui empêchent les naissances doivent être connus. Une communication suffisante est nécessaire entre les époux et la volonté des deux doit être constante pour que ces procédés soient utilisés avec succès.

Beaucoup d'aspects restent pertinents dans cette analyse et pourraient être adaptés au groupe d'adolescentes dans plusieurs régions de notre pays. Elles ne souhaitent pas de grossesse précoce dans leurs vies. Ces adolescentes visualisent les avantages d'une fécondité réduite et, dans le cas présent, « retardée » ou « reportée », sauf dans quelques zones rurales dans lesquelles les opportunités de développement éducatif ou professionnel sont très limitées. Elles connaissent et utilisent des techniques de régulation de la fécondité. Il doit certainement exister un consensus dans le « couple »

³Les Huttérites forment une secte religieuse connue pour ses hauts taux de fécondité. Il semblerait qu'il n'existe aucune limitation délibérée de la taille de la famille. Ils représentent donc un exemple de modèle de reproduction « naturelle » (Sheps, 1965).

afin d'éviter une grossesse pendant l'adolescence (ou ce consensus existerait si la question se posait et si la décision se prenait au sein d'un couple). L'élément manquant dans de nombreuses strates de notre population est la décision, principalement de la part de la femme, de faire dépendre l'activité sexuelle de l'utilisation d'une méthode contraceptive puisque cela signifierait, comme il a déjà été précisé auparavant, qu'il s'agit d'une activité planifiée.

La transition vers la vie adulte

La transition vers la vie adulte est un processus menant les jeunes à adopter les responsabilités adultes de travailleur et reproducteur, tendant à s'émanciper de leurs parents. Dans le domaine public, la fin des études et le début de l'activité professionnelle signalent la conclusion de l'étape de formation et le début de l'indépendance économique. Dans la sphère familiale, le départ du foyer parental, la formation d'un couple et la naissance du premier enfant marquent l'adoption des responsabilités adultes (Mier y Terán, 2007).

L'intérêt de l'étude de ce thème tient à ce que ce processus reflète l'origine sociale des personnes et à ce que la modalité de la transition marque de manière concluante sa vie adulte. Les antécédents personnels, familiaux et contextuels affectent l'intentionnalité, le moment de la vie et la séquence par laquelle les jeunes adopteront les différents rôles d'adultes. Ces traits à leur tour influencent les étapes suivantes de la vie.

Dans le cadre de la méthodologie de cette étude et afin d'atteindre le but central de celle-ci, l'enquête qui a été réalisée et qui sert de la base à la recherche a permis d'identifier le moment du début de la vie sexuelle, de la première grossesse et de l'installation du couple chez les adolescentes et les jeunes de Basse-Californie. Ainsi, dans le contexte de cette entité fédérée, les variables associées à des comportements différents concernent les variables dépendantes qui ont été déterminées en raison de l'intérêt qu'elles présentent (*Colegio de la Frontera Norte*, 2006, sous la direction de l'auteure).

Pour reprendre les idées précédentes, l'adolescence est une étape pendant laquelle de nombreux changements mènent à l'adoption du rôle d'adulte, que ce soit par la fin de la scolarité et l'entrée dans le monde du travail ou dans le cadre familial, par la formation d'une union conjugale et la naissance du premier enfant (Mier y Terán, 2007).

D'un point de vue démographique, lorsque le début de l'activité sexuelle et de la vie en couple coïncident, le lien avec les niveaux de fécondité devient encore plus frappant. La nuptialité est une variable intermédiaire qui détermine la fécondité ; la probabilité de grossesse est comme plus élevée chez les femmes en couple même s'il existe une ample gamme de méthodes contraceptives. Dans tous les cas, cette variable a été considérée comme étant le début du risque de conception lors des dernières années au Mexique. Des variations correspondent à la strate sociale à laquelle appartiennent les femmes. De fait, au Mexique, nous observons deux modèles de transition démographique. Celui des villes et des classes moyennes et supérieures, et celui de la population rurale sans scolarité. Nous n'observons pas les mêmes changements dans les conduites matrimoniales ni dans la naissance précoce des premiers enfants (Zavala, 1999).

Dans le cas d'une grossesse non planifiée, différents rôles peuvent devenir incompatibles ou bien il faut adopter de manière forcée l'un d'entre eux. Par exemple, pour le premier cas, il pourrait s'agir de l'abandon scolaire pour élever un enfant ; pour le second cas, la naissance d'un enfant peut obliger l'adolescent(e) à intégrer précocement le monde du travail. Dans le dernier exemple, l'adolescent doit affronter deux transitions à la vie adulte non planifiées à ce moment précis de sa vie.

Un autre auteur (Echarri, 2009) souligne que les grossesses chez les adolescentes sont considérées comme des événements risqués, tant pour la mère que pour l'embryon et la société. Ces facteurs augmentent la mortalité maternelle et infantile et favorisent l'abandon de l'école tout en limitant les possibilités pour ces femmes d'obtenir une situation économique et sociale favorable.

En ce qui concerne l'abandon scolaire dû à une grossesse précoce, selon les données utilisées dans cette étude, seulement 11 % des jeunes filles étaient toujours scolarisées lors de la première grossesse et environ la moitié d'entre elles ont arrêté leurs études pour cette raison. Cela indiquerait donc que la grossesse n'entraîne pas l'abandon scolaire, mais qu'il s'agit plutôt d'un effet de sélection sociale.

Départ du foyer

Le départ du foyer est une transition peu étudiée dans les pays en voie de développement (Mier y Terán, 2007). Peu d'importance lui est donnée et, de plus, on considère que celle-ci est toujours subordonnée à l'installation du couple ou bien à un certain type de migration. Toutefois, dans le processus menant à la vie adulte, le départ du foyer familial possède une importance en elle-même puisqu'il démontre la capacité à fonder un foyer indépendant de celui des parents. Cet événement n'est pas toujours lié à un changement d'état conjugal. La résidence plus ou moins prolongée des enfants chez leurs parents dépend de la capacité économique de ceux-là, de la complémentarité des activités économiques entre enfants et parents, ou d'une forme de transferts de richesse entre les générations. Les données de l'Enquête nationale de santé reproductive de 2003 (Mier y Terán, 2007) montrent que seulement un couple récemment constitué sur deux forme un foyer indépendant et ce quelque soit le type de localité de résidence. D'après la même source d'information, la proportion de couples vivant en dehors du foyer paternel tend à se réduire avec les générations plus jeunes. L'auteure défend l'hypothèse selon laquelle cette réduction est due, chez ces générations, à la surreprésentation de couples qui s'unissent tôt et qui ont moins de ressources pour quitter le foyer parental. De même, elle soutient qu'une moindre indépendance au niveau résidentiel chez ces générations les plus jeunes pourrait être le résultat de changements généraux dans les modèles de résidence des couples récemment formés.

Avènement de la première grossesse et naissance du premier enfant

Le processus de transition de la femme à son rôle de mère couvre la période de la grossesse et de la naissance du premier enfant. Dans l'Enquête nationale de santé reproductive de 2003, il est estimé (Welti, 2007) qu'environ 4% des femmes des dernières générations, à cette époque (1974/1978 et 1979/1983), avaient eu leur premier enfant avant quinze ans. A partir de cet âge, ce pourcentage augmente de manière conséquente ; près d'un tiers des femmes pendant l'adolescence (l'auteur n'indique pas les limites d'âge pour définir cette étape de la vie) avaient donné naissance à leur premier enfant. Il faut cependant mentionner que l'âge lors de la naissance du premier

enfant tend à légèrement reculer chez les femmes mexicaines. Si cet événement a lieu pendant l'adolescence pour 31,2% des femmes les plus jeunes, pour les générations nées entre 1954 et 1958, cette valeur s'élevait à 39 %.

14% des cas de premières grossesses ont lieu durant la scolarité des jeunes filles et plus de la moitié (presque 60%) d'entre elles abandonnent leurs études pour cette raison. 39% vivaient chez leurs parents lorsqu'elles sont tombées enceintes, et 54 % n'ont pas quitté le domicile familial à cause de la grossesse. Ces découvertes sont semblables et, par conséquent, corroborent le travail de Carlos Echarri (2009) précédemment cité.

Pour conclure sur ce thème qui a été traité dans de nombreux travaux et forums académiques, il semblerait que la grossesse ne soit pas un motif important d'abandon scolaire. Malgré que près de la moitié des adolescentes qui tombent enceintes arrêtent leurs études, le pourcentage de celles-ci se trouvant dans le système éducatif au moment de la grossesse est très bas.

Dans une autre étude sur le même thème (Coubès, 2005), le modèle normatif vient enrichir le débat. S'agissant d'un processus socialement construit, le modèle normatif décrit à la fois les séquences et la temporalité dans laquelle la transition vers l'âge adulte devra se faire. Autrement dit, il définit un ordre socialement établi et les âges durant lesquels il se réalisera.

Pour les cinq événements généralement considérés, le modèle normatif doit suivre l'ordre chronologique suivant :

1. La fin de la scolarité qui marque également la fin de la période de préparation pour assumer un rôle productif dans la société.
2. Le premier emploi, moment clé dans les sociétés modernes puisqu'il signifie l'accès possible à une autonomie financière.
3. L'émancipation résidentielle du foyer des parents qui est liée à la responsabilité personnelle de survivre en dehors du milieu familial d'origine.
4. L'installation en couple qui représente la responsabilité d'entretenir quotidiennement une nouvelle famille.
5. L'arrivée du premier enfant qui vient concrétiser la responsabilité familiale (et qui définit de manière notoire la traditionnelle division sexuelle du travail).

Cet ordre chronologique reflète une attente sociale ou un modèle normatif de vie dans les pays développés (dans les sociétés occidentales), car la responsabilité d'une nouvelle famille, surtout lorsque la reproduction a commencé, est assumée lorsque les individus ont acquis une autonomie économique et résidentielle. Ce modèle met l'accent sur le passage de la dépendance à l'autonomie, élément central définissant la transition vers l'âge adulte. D'autre part, le processus au Mexique dépend de l'insertion des jeunes dans les sphères publiques (éducation formelle et marché du travail) ainsi que dans les domaines privés (transition familiale). La question avancée par l'auteure est alors de savoir jusqu'à quel point ce modèle normatif est valide pour la société mexicaine (Coubès, 2005).

Cette étude démontre que les institutions médiatrices (Etat, communauté et famille) fonctionnent différemment au Mexique et dans les pays développés. Les principaux points de différence signalés sont : 1) Que les liens familiaux sont forts ; la communauté est importante surtout dans les localités rurales ; les institutions de l'État sont inefficaces et offrent peu de garanties à la population de vivre dignement. 2) Le système éducatif a progressé et l'éducation de base s'est généralisée dans les années 70. 3) Cependant, au Mexique, la transition vers l'âge adulte peut se faire sans aucun ou avec un niveau très bas de scolarité. 4) D'autre part, l'insertion dans le marché du travail ne garantit pas non plus l'indépendance économique (sous-emploi, bas salaires, travail non rémunéré). L'article met en exergue que cette situation est particulièrement importante chez les femmes, groupe pour lequel il existe une probabilité très élevée de mener sa vie sans aucune expérience professionnelle. 5) Pour finir, la transition vers l'âge adulte peut ne pas être accompagnée d'une émancipation résidentielle.

De même, il est considéré dans cette étude, que la formation d'un couple est un élément central de la transition vers l'âge adulte, pas seulement à cause des nouvelles responsabilités qu'implique la vie à deux, mais également, car cet événement est étroitement lié à la procréation. En effet, la différence d'âges moyens de la première union conjugale et de la naissance du premier enfant est d'un an seulement dans le pays.

Dans un travail similaire basé sur l'EDER (Echarri, 2005), la dimension familiale de la transition entre la jeunesse et l'âge adulte est examinée. Cette étude considère que la notion pleine de l'adulte est atteinte lorsqu'un individu possède un emploi stable et des

rôles familiaux le rendant responsable économique de lui-même et des autres, une combinaison du travailleur, du conjoint et du parent. La transition vers l'âge adulte est de nouveau définie à travers la réalisation de cinq événements : la fin de la scolarité, l'entrée sur le marché du travail, départ du foyer parental, première formation de couple et premier enfant né vivant. La dimension familiale serait donc composée des trois derniers éléments.

Dans cette étude, divers chercheurs soulignent la difficulté à définir le moment précis de déroulement d'un événement, conséquence de l'hétérogénéité spatiale et temporelle entre les sociétés. En particulier, le départ du foyer peut être vu comme un processus dynamique et multifacette qui s'accomplit dans un continuum représentant divers degrés d'indépendance et de séparation du domicile parental. Il existerait alors des étapes « semi-autonomes » ou « situations intermédiaires » entre la dépendance totale et l'autonomie complète. Dans ce continuum de séparation des générations, on peut identifier trois domaines : la séparation physique, l'indépendance des revenus et la séparation socio-psychologique.

L'analyse basée sur les données de l'EDER met en exergue que près de 3 individus sur 10 vivent dans le foyer parental à l'âge de 30 ans, pourcentage presque semblable pour les hommes et les femmes et qui a augmenté considérablement avec le groupe de générations le plus jeune, nées en 1966-68, par rapport aux générations 1936-38 et 1951-53. Il est intéressant de constater l'allongement du calendrier de nuptialité, plus prononcé chez les femmes puisque la proportion d'entre elles n'étant pas en couple à 30 ans a doublé : 27,3% sont encore célibataires.

Dans un travail de spectre plus large, à savoir l'Amérique latine (Heaton, 2002), il est affirmé que le début de l'activité sexuelle, le premier mariage et la procréation sont généralement considérés comme étant les étapes clés qui mènent à la formation d'une famille. Pour beaucoup d'auteurs, ces comportements marquent également la transition de l'adolescence à l'âge adulte, surtout dans le cas des femmes.

Dans cet article, en s'appuyant sur les enquêtes DHS (*Demographic and Health Surveys*), sont analysés l'âge de la première relation sexuelle, du premier mariage et de la première naissance dans divers pays d'Amérique latine. On examine le moment de réalisation de ces événements à travers différentes cohortes de naissance, en comparant

les zones rurales et les zones urbaines, les pays, les régions culturelles et les groupes éducatifs.

Les principales conclusions de ce travail permettent de dessiner le déroulement « classique » de la vie des femmes en Amérique latine qui consisterait à débiter sa vie sexuelle pendant l'adolescence, former un couple l'année suivante et accoucher environ un an plus tard. L'éducation est une variable qui retarde substantiellement ces transitions familiales, l'enseignement secondaire faisant la différence, quel que soit le pays considéré. Le lieu de résidence urbaine retarde également ces transitions. Cependant, si la scolarité est contrôlée, l'effet du lieu de résidence est inversé et les âges de transition sont alors plus précoces.

Dans l'étude de Solis *et al.* (2008) diverses questions sont posées concernant le début de la vie sexuelle, de la vie maritale et de la vie reproductive dans la société mexicaine.

Dans un premier temps, on propose d'analyser les conditions d'insertion dans la vie sexuelle, pas seulement pour ses possibles effets sur la reproduction, mais également parce que celles-ci s'inscrivent dans un cadre social spécifique. Celui-ci permet de mettre en évidence les formes par lesquelles les jeunes assument les rôles qu'ont leur assignés. L'auteur démontre l'intérêt d'analyser ces conditions d'insertion dans la vie sexuelle en termes de causes sociales inhérentes à cet événement puisque débiter une activité sexuelle, c'est aussi assumer un rôle d'adulte. On pourrait, par exemple, prendre comme point de départ que le mariage tend à réduire cette activité. Cela permet de supposer qu'il existe un relâchement du contrôle direct des adultes sur les jeunes et/ou l'apparition de nouvelles relations de genre.

De même, il est décrit deux événements importants ayant eu lieu en moins d'un demi-siècle ; le premier est le changement d'une société en grande proportion rurale à une prédominance urbaine. Le second consiste en l'instrumentalisation d'une politique agressive de planification familiale qui a augmenté l'accès aux méthodes contraceptives et l'exposition aux messages publicitaires incitant le contrôle de la descendance. Ces événements se sont reflétés dans les baisses significatives de la fécondité, l'utilisation étendue des contraceptifs et une réduction de la taille de la famille.

Les études réalisées dans le pays montrent un raccourcissement de l'écart entre l'âge de la formation du couple et celui du premier enfant. L'âge de la première relation sexuelle a été moins étudié. Les recherches permettant d'analyser comment s'entremêlent sexualité, formation du couple et reproduction font défaut alors qu'elles pourraient être le moteur de changement du modèle de sexualité au Mexique. Un point très important réside dans la référence à la diversité culturelle existant dans le pays, tout en soulignant que celle-ci est associée à des comportements sexuels hétérogènes. Ce fait est essentiel dans le cadre de cette thèse, car le cas de la Basse-Californie est très particulier et on peut supposer que ce qui la différencie du niveau national se doit en partie à la diversité d'origine de la population qui la constitue ainsi qu'à sa localisation.

Les changements récents dans les transitions définissant le début de la vie sexuelle, de la vie conjugale et de la maternité sont analysés dans le travail de Solis *et al.* (2008). Dans cette optique, il aurait été préférable de prendre pour troisième variable l'âge de la première grossesse, étant donné que le résultat de ce processus n'est pas nécessairement un enfant né vivant.

Les résultats sont présentés de la manière suivante ; en premier lieu, on trouve une analyse descriptive des changements entre cohortes des âges de la première relation sexuelle, de la première formation de couple et de la première grossesse. Les changements de séquence temporelle entre ces trois événements sont notamment étudiés. Ensuite, des modèles de régression logistique à temps discret sont utilisés pour analyser dans quelle mesure la cohorte et les variables associées à la stratification sociale influencent le début de la vie sexuelle, mais également les risques entre débiter sa vie sexuelle avant de s'unir ou former pour la première fois un couple.

La base de données utilisée dans l'Enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages (Ennivih, CIDE, 2002) se sert de « l'analyse de récit d'événements », de tables de survie et de modèles de régression multivariés à temps discret. Trois cohortes ont été considérées dans le but de réaliser cette analyse : 1951/1960, 1961/1970 et 1971/1975.

L'analyse de la proportion de femmes ayant commencé leur vie sexuelle à des âges exacts distincts, suivant les cohortes de naissance, montre la similarité des calendriers concernant cet événement jusqu'à 21 ans. Cependant, à partir de cette limite, on observe une réduction systématique de la proportion de femmes débutant leur vie sexuelle pour

chaque groupe d'âge dans les deux cohortes les plus récentes. Cela suggère un certain retard dans le calendrier de la première relation sexuelle pour les deux dernières cohortes. Cette tendance se retrouve dans les quartiles et les médianes de l'âge à la première relation sexuelle, puisque l'âge médian de la première relation est relativement stable et il en va de même pour le premier quartile. Toutefois, dans le troisième quartile, on constate des différences qui indiqueraient qu'un grand sous-ensemble de femmes ait suivi le modèle d'âge de celles qui les précédaient. Pour cette raison, le premier quartile et la médiane ne changent pas, mais un autre groupe important a repoussé le début de sa vie sexuelle augmentant ainsi la dispersion des comportements à l'intérieur de la cohorte. Trois quarts des femmes avaient commencé leur activité sexuelle à 22,8 ans pour la génération plus âgée, alors que pour les plus jeunes la valeur est de 24,4 ans. En ce qui concerne la médiane et le premier quartile, les différences sont minimales.

La première formation du couple suit la même logique que ce qui a été observé pour la première relation sexuelle à savoir une augmentation de l'âge de réalisation de cet événement dans le troisième quartile provoquant, par conséquent, un accroissement de l'écart interquartile.

Pour la première grossesse, le premier quartile et la médiane ne subissent que de légères modifications. En revanche, l'âge correspondant au troisième quartile augmente, et cela de manière significative en comparaison aux deux autres événements précédemment analysés. Ainsi l'âge auquel 75% des femmes étaient tombées enceintes est passé de 24,6 ans pour la cohorte la plus avancée (nées entre 1951 et 1960) à 25,9 pour la cohorte intermédiaire (1961/1970) et 27,1 ans pour la cohorte la plus jeune (1971/1975). Il s'agit donc d'une augmentation de 2,5 ans entre les cohortes les plus éloignées. L'article présente la distribution en pourcentage des femmes selon la séquence d'événements vécus jusqu'à leur 26 ans. A cet âge, un nombre croissant de femmes n'avaient vécu aucun de ces événements, car si 11,8% des femmes de la cohorte 1951/1960 ne vivaient pas en couple, n'avaient pas eu de relations sexuelles et n'étaient, par conséquent, pas tombées enceintes, cette proportion atteint 13,7% pour la cohorte intermédiaire et 19,8% pour les plus jeunes. Il en va de même pour les femmes ayant formé un couple à 26 ans, les chiffres correspondant aux 3 générations sont alors 54,1%, 50,15 et 44,9% (soit 10 % de différence). Les pourcentages concernant la première relation sexuelle s'élèvent quant à eux à 34,1%, 36,2% et 35,3% respectivement pour les trois générations.

En résumé, ce travail met en exergue l'existence d'un groupe dans la cohorte la plus jeune (1971/1975) ayant décidé de repousser de manière assez significative le moment de la première relation sexuelle, de la formation du premier couple et de la première grossesse. Ce groupe ne représente pas la majorité des femmes puisque le changement n'est pas reflété dans l'âge médian de ces 3 événements. Toutefois, il entraîne des augmentations conséquentes dans le troisième quartile. D'autre part, la séquence normative « formation du couple/première relation sexuelle-grossesse » était encore prédominante à 26 ans, mais elle laisse la place à d'autres types de trajectoires : un groupe croissant de femmes repoussent ces trois événements au-delà des 26 ans et parmi le groupe ne participant pas à ce processus, celles ayant des relations sexuelles avant le mariage gagnent de l'importance. De plus, parmi les femmes vivant ces étapes à des âges plus avancés, on remarque une certaine séparation entre le début de la vie sexuelle et l'arrivée de la première grossesse, signe d'une sexualité sans désir de procréation immédiate. La distance entre la formation du couple et la première grossesse change à peine, les auteurs en déduisent que la pratique de la procréation rapide reste d'actualité lors du début de la vie à deux. Ces données peuvent également s'interpréter par la décision du couple de se marier suite à une grossesse.

La religion

Vers la seconde moitié du XXe siècle, le Mexique passe d'une société catholique à la pluralité religieuse, principalement due à l'extension du protestantisme. Lors du recensement de 1940, 97% de la population se déclarait catholique ; en 2000, ce pourcentage diminue jusqu'à atteindre 88% puis 82,7% en 2010. En Basse-Californie, 72,1 % de la population a déclaré être catholique lors du dernier recensement, 9,9% appartenaient à une autre religion et plus de 5% à aucune. Il s'agit du seul état du nord enregistrant une baisse du pourcentage de fidèles catholiques.

En plus de ce changement quantitatif, le paysage religieux mexicain est caractérisé par un catholicisme qui, bien qu'englobant la majorité de la population, est très hétérogène. Une grande partie des catholiques le sont de manière nominale, c'est-à-dire qu'ils ne pratiquent pas rigoureusement tous les rites et normes religieux du catholicisme, mais partagent ses croyances (Vargas, 2010). Il est notoire que près de la moitié des jeunes

catholiques ne pratiquent pas leur religion. Dans la même optique, il existe également une diversité de cultes ou de pratiques et d'interprétations à l'intérieur de l'Église catholique qu'il s'agisse de ses fidèles, mais également de ses prêtres, par exemple dans ses différences entre le conseil pastoral et le droit canonique.

Contrairement à la diminution des pratiques religieuses des catholiques, les religions « protestantes évangéliques » demandent à leurs fidèles un attachement plus grand envers celles-ci. Les pentecôtistes ont « une attitude dirigée vers l'éthique du travail et le rejet des comportements mondains » ; de la même manière, on demande aux jeunes de pratiquer l'abstinence sexuelle et aux époux la fidélité tout en revalorisant leur rôle de soutien du ménage. L'organisation sociale en petites congrégations ou cellules d'études bibliques facilite le soutien et l'interaction sociale ainsi que la surveillance des comportements appropriés (Hernandez, 2002).

La relation entre religion et sexualité a été abordée selon diverses perspectives théoriques (Rotosky, 2004). L'une d'entre elles est la théorie du contrôle social (Roshbaugh, 1975). Cette dernière avance que la religion génère un contrôle social à travers un réseau social dans lequel certains comportements sexuels sont attendus alors que les conduites inappropriées sont sanctionnées. Dans cette optique, comme les relations avant le mariage sont une transgression, les jeunes suivant la religion avec scrupules retarderaient le début de leur vie sexuelle et, s'ils avaient des relations sexuelles, ils n'utiliseraient pas de préservatifs. L'utilisation du préservatif signifierait un double manquement au code de conduite appropriée puisqu'il s'agit là de la préméditation et de l'action en elle-même.

La découverte centrale de l'étude d'Eunice Vargas (2010) réside dans ce que les catholiques pratiquants et les protestants évangéliques ont moins de probabilité de commencer leur vie sexuelle que les catholiques nominaux. De même, les évangéliques ont moins de possibilités d'utiliser un préservatif lors de leur première relation sexuelle. Les catholiques nominaux ont les mêmes risques de commencer leur vie sexuelle et d'utiliser un préservatif que les jeunes n'étant affiliés à aucune religion, puisque cela n'entraîne pas l'abandon de la foi ou de la pratique religieuse (Hirsh, 2008 ; Amuchastegui, 1998). Par exemple, la transgression peut avoir lieu, et être même

planifiée, en pensant utiliser la confession au prêtre comme recours d'absolution des péchés (Hirsh, 2008), recours n'existant pas dans les églises évangéliques.

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif lors de la première relation sexuelle, le comportement plus risqué entre les jeunes évangéliques, manquant à la morale religieuse, rentre tout à fait dans la logique de l'hypothèse du contrôle social. Pour les jeunes évangéliques, l'utilisation du préservatif peut signifier une double transgression, à savoir ne pas respecter l'abstinence sexuelle à travers la préméditation et l'action.

Dans l'enquête réalisée en Basse-Californie, source principale d'information de cette thèse, un pourcentage important des jeunes interviewées déclare être membre de la religion « protestante ». Après en avoir discuté avec des spécialistes de ce thème et réalisé des recherches bibliographiques, nous sommes arrivés à la conclusion que les évangéliques et néo-pentecôtistes correspondent à ce groupe de population (Hernandez et Blancarte).

La scolarité

La scolarité est une variable qui est associée de manière importante avec presque tous les phénomènes démographiques. La santé sexuelle et reproductive des adolescentes ne fait pas exception. Cette variable paraît agir de trois manières : premièrement, la scolarité offre des opportunités de développement pour les femmes, leur permettant de choisir dans leur vie des chemins alternatifs à la maternité tels que les études ou une activité professionnelle attrayante ; en second lieu, un niveau plus élevé d'éducation accroît la connaissance des différents moyens de régulation de la fécondité ainsi que leurs lieux d'obtention (cette connaissance précise des moyens de régulation de la fécondité élimine les mythes et croyances qui constituent un obstacle à leurs utilisations) ; enfin, cette variable engendre un plus grand degré de renforcement de capacités (*empowerment*) des femmes avec lequel elles peuvent prendre la décision de commencer ou non leur activité sexuelle, et cela de manière protégée si elles le désirent.

L'importance de l'éducation en tant que variable liée au comportement reproductif est éloquent. L'association entre les deux processus est considérable et il existe une large bibliographie sur ce thème confirmant cet état de fait. L'effet de l'éducation formelle lors de la première grossesse (début de la reproduction) se réalise à travers différentes

voies. D'une part, le fait d'être toujours scolarisé pendant l'adolescence renvoie à une modalité de transition vers la vie adulte dans laquelle la grossesse sera évitée. L'abandon scolaire est parfois associé à une grossesse non désirée, mais d'autres cas représentent le choix, même inconscient, d'une adolescente d'accéder à la vie adulte par d'autres chemins ; lorsque les options professionnelles sont minces, la probabilité de la recherche de la grossesse augmente.

D'autre part, les adolescentes qui poursuivent leur scolarité ont, en principe, reçu des informations sur des thèmes liés à la sexualité et sur les différentes méthodes d'éviter une grossesse non désirée. Cet aspect doit être analysé en profondeur puisque, bien que ces thèmes liés à l'éducation sexuelle soient inclus depuis quelques années dans les programmes scolaires de primaire et de secondaire, plusieurs études évaluant la manière de les enseigner démontrent qu'une grande proportion de professeurs ne possèdent pas la capacité nécessaire pour effectuer cette tâche et essayent parfois de l'éviter. La formation des professeurs serait donc une tâche prioritaire.

Pour terminer, il est important de rappeler que le simple fait d'avoir un niveau plus élevé d'études donne aux personnes, et plus spécialement aux femmes, la possibilité d'accéder à une meilleure information, quelque soit le thème qui touche leur vie et un plus grand degré de responsabilisation leur permettant de décider d'avoir ou pas des relations sexuelles et de chercher, si elles le désirent, une protection pour éviter de tomber enceintes.

Menkes et Serrano (2010) montrent que la scolarité est la variable qui provoque les différences les plus marquées dans la fécondité des jeunes femmes de 15 à 19 ans, selon l'Enquête nationale de la dynamique démographique (ENADID) réalisée en 2006. Parmi les variables socio-économiques analysées par les auteurs : condition de vie autochtone, strate socio-économique du ménage, macro régions, type de localité (rurale/urbaine) et scolarité, c'est bien la dernière qui enregistre l'écart le plus élevé dans les catégories extrêmes. Par exemple, le taux de fécondité des adolescentes dont le niveau maximum d'étude serait le primaire incomplet présente une valeur de 156 naissances pour mille femmes, alors que pour celles ayant été scolarisées pendant au moins un an au lycée, le niveau de cet indicateur est de 28 naissances pour mille femmes. La strate socio-économique du ménage donne comme valeur 97 et 15 entre les

catégories les plus basses et les plus hautes. Il s'agit de la variable présentant l'écart le plus élevé entre les catégories extrêmes en dehors de celle de la scolarité. Il est intéressant d'observer que 15,6% des jeunes filles dans le premier temps de l'adolescence (15/17 ans), n'ayant pas poursuivi leurs études, étaient tombées enceintes alors que seul 1.3% de celles ayant un niveau de scolarité plus élevée avaient vécu cette expérience. Aucune autre variable prise en compte dans cette étude ne présente un écart d'une telle magnitude.

De la même manière, Claudio Stern (2012) souligne la préoccupation de divers secteurs de la société en raison d'un ensemble de problèmes qui peuvent se grouper sous le concept de santé de la reproduction des jeunes, dans lesquels il mentionne en premier lieu la grossesse à l'adolescence et le possible abandon des études en tant que conséquence. Cette réflexion est importante ainsi que celle qu'il met en exergue au niveau de la révision critique de ces idées dans le but de préciser les principaux problèmes liés à la grossesse à l'adolescence et pour qui apparaissent-ils en tant que problèmes. De cette manière, la définition des conséquences d'une grossesse à l'adolescence, également au travers de la perception de l'adolescent lui-même, constitue une question primordiale.

1.4 Conclusions

Comme nous avons pu le voir, la Basse-Californie est une entité fédérée du Mexique possédant des caractéristiques particulières qui incitent à approfondir l'étude du thème de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes, au-delà de ce que présentent les sources de données existantes. Il est nécessaire de souligner trois caractéristiques : le haut niveau auquel se maintient la fécondité des adolescentes en comparaison avec le reste du pays, la magnitude de croissance de la population de l'état et la condition d'entité fédérée frontalière où, contrairement à beaucoup d'autres états contigus du pays voisin du nord, toute la population vivant là expérimente « la vie de frontière », notamment dans la municipalité de Tijuana représentant 50% de la population totale. De même, il est important de signaler que la fécondité totale et la fécondité des adolescentes montrent, en général, une association inversée avec le degré de

développement économique de la population. Il est, en effet, paradoxal que dans l'état de Basse-Californie, malgré son niveau socio-économique élevé (même s'il existe des contrastes internes importants) et son niveau de fécondité semblable à la moyenne nationale, la fécondité des adolescentes fasse partie des plus hauts taux du pays.

Cette étude a pour objectif d'apporter des éléments qui permettront de comprendre ce paradoxe ainsi que la conception d'une stratégie, afin de proposer un meilleur service dans le domaine de la santé et de l'éducation sexuelle des adolescentes de Basse-Californie.

Bien qu'il existe une littérature nombreuse sur ce thème au niveau international et national, aucune recherche ne se penche spécifiquement sur le cas de la Basse-Californie. En s'appuyant sur cette inquiétude et la préoccupation de secteurs gouvernementaux de l'état pour résoudre ce problème de santé chez les adolescentes de Basse-Californie, il a été présenté une proposition répondant à un appel du Conseil national de science et technologie (CONACYT) qui plaçait ce thème d'étude comme prioritaire, afin de réaliser une enquête des ménages, au niveau de l'état, intégrant hommes et femmes.

Focaliser la recherche dans le contexte de l'état a permis d'incorporer plusieurs variables qui, dans d'autres études, ne montraient pas d'intérêt ou n'étaient pas prioritaires face à d'autres qui, en général, affectent le comportement reproductif des adolescents. C'est ainsi qu'ont été ajoutés le statut migratoire, le lieu d'origine des immigrées, la durée de résidence en Basse-Californie, le degré de contact que la population vivant dans l'état maintient avec les Etats-Unis, en particulier avec la Californie, et la perception générale qu'ils ont du pays voisin.

L'étude réalisée est quantitative, basée sur une enquête des ménages pour laquelle ont été suivies des procédures très rigoureuses tant dans la conception de l'échantillonnage probabiliste que la formation et la supervision des enquêteurs ayant participé. Dans cette optique, une attention particulière a été portée à obtenir une proportion basse de non-réponses.

Dans l'annexe 1, nous présentons les caractéristiques générales d'élaboration de l'échantillon de l'étude, ainsi que les résultats dérivés du travail de terrain.

En s'appuyant sur cette base de données, on analyse, dans ce travail, le comportement de la population féminine interviewée quant à l'âge de leur première relation sexuelle, de leur première grossesse et de leur première vie en couple. Les principales conséquences de la grossesse sont mises en exergue et une analyse statistique est réalisée afin d'identifier le degré d'influence de la migration avec d'autres variables associées.

Ce travail de recherche comprend un chapitre dans lequel nous présentons un résumé de l'évolution des politiques et des mesures prises au Mexique par l'Etat au plan démographique, marquées par la Conférence sur la population et le développement du Caire de 1994, quand le concept de planification familiale a évolué vers une optique plus compréhensive : celle de la santé sexuelle et de la reproduction. Le but de présenter cette analyse est celui de rendre compte du contexte politique formel en matière de santé de la reproduction, ainsi que de ce qui s'est produit particulièrement au sein du secteur public au Mexique

Il s'agit d'un thème important dans le domaine social et sanitaire actuellement dans notre pays de façon générale. On parle ici d'une population adolescente et en grande partie immigrée, à laquelle il faut porter une attention prioritaire grâce à des stratégies basées sur la connaissance, non seulement de ses caractéristiques, mais également des raisons et conséquences de leurs actions dans divers aspects qui touchent leur futur.

L'intérêt personnel de mener à bien la présente recherche réside dans l'hypothèse que les résultats obtenus seront pertinents et apporteront des éléments pour la conception et la mise en place d'actions destinées à une population se trouvant dans une situation de fragilité, en pleine étape de transition vers la vie adulte, pendant laquelle les décisions prises auront des conséquences sur leur situation future.

CHAPITRE 2

LES ANTECEDENTS DES PROGRAMMES SUR LA POPULATION ET LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Introduction

Le comportement sexuel et reproductif des adolescents se voit touché par l'entourage social dans lequel vivent les adolescents. Comme nous l'avons mentionné, les attitudes de la population dans laquelle ils grandissent et se développent, depuis la naissance et pendant l'enfance, mais aussi dans cette importante étape de transition à l'âge adulte, déterminent les changements physiques et psychologiques survenus pendant l'adolescence. Les attitudes de cet entourage sont reflétées dans les mesures gouvernementales (programmes) mises en place, c'est-à-dire dans les stratégies d'opération et de mise en œuvre qui sont intéressantes à analyser ici.

La planification familiale au Mexique, en tant que mesures ou programmes de gouvernement, a surgi à partir du changement d'orientation opéré dans la politique démographique dans notre pays en 1974. À cette époque, il a été reconnu officiellement que l'augmentation élevée de la population constituait un obstacle pour le développement ; celle-ci étant entraînée par de forts taux de croissance démographique qui sont le produit d'une fécondité importante et soutenue, ainsi d'une forte baisse de la mortalité et d'un faible niveau du solde migratoire net.

Pendant les vingt premières années qui ont suivi la mise en œuvre de ce changement, la fécondité, mesurée par le Taux de fécondité totale, a connu des baisses très importantes. Elle est passée d'un niveau d'un peu plus de six enfants par femme en 1974 à un peu plus de trois en 1994 (ENADID, 1997), c'est-à-dire qu'elle a été réduite de moitié par rapport à son niveau le plus élevé. La diminution s'est poursuivie à un rythme néanmoins plus lent. Les résultats de l'Enquête nationale de santé de la reproduction réalisée en 2003 (SSA et CRIM-UNAM) estiment que le niveau de cet indicateur était en 2002 de 2,47, tandis qu'en se basant sur le Recensement de 2010, les estimations de Martha Mier y Terán (2011) indiquent un niveau de 2,36 enfants par femme pour la période 2009-2010.

En 1994, la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui a lieu au Caire a introduit un changement majeur dans la façon dont la planification

familiale est considérée : la principale transformation a consisté à prendre comme point d'ancrage un concept plus intégral, celui de la santé de la reproduction.

Selon la CIPD, la santé de la reproduction est un état général de bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, en ce qui concerne le système reproductif, ses fonctions et ses processus. Les personnes sont capables de profiter d'une vie sexuelle épanouie, sans risques, et de procréer, avec la liberté de décider de le faire ou non, quand et avec quelle fréquence. Les hommes et les femmes ont droit à l'information et à l'accès aux méthodes contraceptives de leur choix, qui ne soient pas interdites par la loi et qui soient acceptables, sûres, efficaces et abordables pour réguler la fécondité. Ils ont aussi le droit à l'accès à des soins adéquats, qui permettent une grossesse et un accouchement en toute sécurité. La prise en charge de la santé de la reproduction est définie comme l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être reproductif en évitant et en résolvant les problèmes qui se posent dans ce domaine (ONU, 1995).

Une des contributions les plus importantes de la Conférence du Caire est perçue au Mexique comme celle qui a centré les politiques de population sur les droits des personnes. Le fait d'accepter ce principe a au moins deux implications : la première est que les programmes doivent accélérer le processus de création d'une demande qualifiée (dans laquelle les personnes sont conscientes de leurs droits), à travers les programmes d'information, d'éducation et de communication; et la deuxième est qu'il existe un besoin de créer, parmi les prestataires de services, une conscience et un respect envers les droits reproductifs des femmes.

Une autre contribution de la Conférence du Caire se réfère au fait que plusieurs composantes de la santé de la reproduction sont vues maintenant d'une façon plus compréhensive et d'une manière à les relier au cycle de vie du patient. Le fait d'avoir cette nouvelle perspective intégrée dans un accord par consensus international représente une excellente opportunité pour renforcer les programmes, en partie parce qu'un dispositif est établi pour le suivi des progrès c'est-à-dire le monitoring (*Programa Operativo Anual*). Dans cette optique, le fait que les Organisations non gouvernementales (ONG) aient été représentées de façon importante au Caire assure que la société civile soit impliquée, ou du moins, cela garantit qu'elle surveillera les

activités des gouvernements. En effet, ce dernier aspect peut être perçu comme un des rôles via lesquels les conventions internationales par consensus peuvent avoir une influence dans la mise en œuvre effective des programmes, à travers la création de mécanismes qui engagent la société, ainsi que le suivi et l'évaluation de ces accords.

Depuis Le Caire, les questions démographiques ne sont plus un dilemme purement quantitatif, car elles deviennent un but de développement humain. Aussi, le fait d'avoir favorisé le lien entre des activités qui auparavant étaient isolées est considéré comme une performance. Ces activités liées aux différents secteurs de la santé de la reproduction, de par leur nature, auraient dû être associées depuis toujours. Une autre contribution du Caire est l'ampliation de l'agenda de santé de la reproduction, avec l'intégration d'éléments tels que la perspective de genre, les droits sexuels et de la reproduction, ainsi que d'autres aspects qui avaient été négligés, y compris la violence familiale (Rienner, 2000).

Dans le domaine de la planification familiale, du moins dans le discours officiel, cela s'est traduit par la proposition de stratégies qui considèrent une offre plus large de méthodes contraceptives. Et ce, de façon à accorder les soins non seulement aux couples qui en font la demande et ont déjà atteint la taille désirée de leur famille, mais aussi à ceux qui souhaitent espacer la naissance de leurs enfants, et d'une façon plus générale, à la population adolescente sexuellement active qui ne désire pas avoir de grossesse.

Ce chapitre est structuré en suivant la justification précédente sur les programmes de population et de santé, avant et après 1994 (année de la Conférence du Caire).

2.1 Politiques et programmes de population et de planification familiale avant 1994.

Politiques et programmes de population antérieurs à 1994

Le Mexique a mis en œuvre différentes politiques de population, et chacune d'elles a tenté de faire face aux conditions démographiques, socio-économiques et politiques de leurs étapes historiques respectives. En raison de la croissance modérée de la population observée entre la guerre d'Indépendance et la Révolution mexicaine, le manque de population constituait la préoccupation centrale. Par conséquent, certaines mesures ont été mises en œuvre dans le but d'augmenter la taille et le taux de croissance de la population ainsi que la densité démographique. Le Mexique était considéré comme un pays sous-peuplé, pour lequel la croissance de la population était une condition essentielle pour rectifier le déséquilibre entre son extension territoriale et la taille de la population, pour diminuer la brèche entre les ressources naturelles et la main-d'œuvre disponible et ainsi répondre à la nécessité de préserver l'intégrité territoriale et la souveraineté par le biais de la promotion de nouveaux foyers de population.

Pendant la première partie du siècle dernier, ces notions persistaient. Dans ce contexte, la première Loi générale de Population a été promulguée en 1936. Elle encourageait la croissance démographique et une distribution géographique de la population plus rationnelle. Cette législation a promu la fécondité et la baisse de la mortalité générale et infantile, ainsi que le rapatriement des ressortissants mexicains et l'immigration des étrangers qui pouvaient le mieux s'adapter à notre culture et à notre idiosyncrasie. En 1947, une nouvelle Loi générale de Population a été promulguée. Celle-ci était notamment pronataliste et conservait les aspects essentiels de la loi de 1936.

Au cours des deux décennies qui ont suivi, une forte augmentation du taux de croissance de la population a été observée, en tant que résultat de la baisse de la mortalité et de la persistance de hauts niveaux de fécondité. À ce moment, les démographes ont considéré que cette augmentation de la croissance de la population pourrait constituer un obstacle pour le développement (Alba, 1984 ; Cabrera, 2007).

Les progrès réalisés au cours des années soixante dans le domaine de la recherche démographique, ainsi que le changement dans la perception politique des interrelations entre les variables démographiques et celles du développement, ont donné lieu à la promulgation de la Loi générale de Population de 1974.

Selon la nouvelle législation, la politique de population est conçue comme une partie intégrale du système complexe de la planification du développement. Par conséquent, on assumait que les politiques de population ne pourraient et n'essaieraient pas de remplacer les politiques de développement. En même temps, on reconnaissait l'impératif d'adapter les programmes de développement socio-économique aux besoins qui surgissaient à propos de la taille, la structure, la dynamique et la distribution de la population (CONAPO, 1974).

L'objectif principal de la politique de population du Mexique a été de promouvoir le changement démographique, en respectant amplement les décisions personnelles qui concernent le nombre d'enfants et l'intervalle entre les naissances, ainsi que la liberté de circulation et la faculté de choisir un lieu de résidence sur le territoire national. Pour atteindre cet objectif, il a été proposé de mettre en œuvre des programmes de planification familiale fondés sur le respect des droits de l'homme et des particularités culturelles des Mexicains, ainsi que l'intégration des femmes au processus de développement national et le renforcement des politiques migratoires.

Etant données la complexité et l'ampleur des activités impliquées dans la formulation et la mise en œuvre de la politique démographique, la création d'un organisme public interinstitutionnel s'est révélée nécessaire : le Conseil National de Population (CONAPO), établi en mars 1974. Cette institution fonctionne sous la présidence du Secrétaire de l'Intérieur (*Secretario de Gobernación*, équivalent au premier ministre et du ministre de l'Intérieur en France). En 2008, elle était composée de dix ministères et de deux institutions nationales de Sécurité sociale (*Secretaría de Gobernación*, Programme national de population 2008/2012). Pour réaliser ses tâches techniques et administratives, le CONAPO dispose d'un secrétariat général qui dépend du Secrétariat de l'Intérieur, dont la tâche est de mettre en œuvre les accords et les tâches attribuées par les membres du Conseil. Les activités opérationnelles dont le Secrétariat général est responsable sont liées à la communication et à l'éducation en matière de population, à chaque étape du processus de planification démographique : le diagnostic, la définition des normes, des objectifs, des sous-programmes et des mécanismes d'évaluation, et l'amélioration de la coordination entre les institutions publiques et les secteurs sociaux et privés. Finalement, le Secrétaire général a pour rôle la promotion et la direction de la

recherche sur laquelle les activités démographiques sont basées : cette fonction est d'une importance particulière.

En 1977, le CONAPO a conçu le premier « Programme de Population » qui couvrait la période 1977/1982. Ce programme a précisé les principes fondamentaux de la politique démographique mexicaine et ses deux objectifs principaux : promouvoir à la fois, d'une part, la baisse du taux de croissance de la population à travers la diminution de la fécondité, et d'autre part, une distribution géographique de la population compatible avec les possibilités de développement régional.

Le Programme national de population 1984/1988 a ratifié les objectifs et les buts proposés de celui qui l'a précédé. Il convient de remarquer que le nouveau programme s'est intégré au système national de planification démographique établi par la Loi de Planification de 1983.

Au cours de l'administration présidentielle postérieure (1989/1994), et conformément aux prévisions de la Loi de Population, le gouvernement mexicain a élaboré un Plan de développement national. Celui-ci a ratifié les objectifs de la politique démographique qui avaient été établis depuis 1974. En outre, le Programme national de population 1989/1994 a été élaboré et considéré comme un « programme spécial » dans le Plan de développement. En tant que tel, il avait un caractère obligatoire pour les agences de l'administration publique fédérale.

L'importance de la décentralisation a été reconnue dès que le Programme de Population 1977/1982 a été formulé. Par conséquent, plusieurs tentatives ont été effectuées pour déléguer la planification démographique du niveau fédéral à celui des états. Pour cette raison, des objectifs et des buts ont été proposés pour chaque gouvernement des états, et la responsabilité de la planification démographique a été donnée aux conseils des entités fédérées (1978/1982).

L'administration présidentielle entre 1989 et 1994 a considéré la consolidation de la décentralisation comme une activité de haute priorité. Par conséquent, la capacité technique des conseils des états a été renforcée, ainsi que les activités de planification et

de coordination interinstitutionnelle au niveau local. Depuis 1990, un programme annuel démographique est élaboré par chacun des 32 états (CONAPO, 1994).

Activités et programmes de planification familiale avant 1994

Les premières activités de planification familiale ont été menées par deux institutions privées. L'Association pro-santé maternelle (APROSAM) fondée en 1958 est considérée comme la référence principale des services organisés dans ce secteur. La Fondation pour l'étude de la population (FEPAC), créée en 1965, continue à travailler sous le nom de Fondation mexicaine pour la planification familiale (MEXFAM).

Les fondements des politiques de planification familiale et les programmes mis en place avant la conférence du Caire ont été établis pendant la période entre 1973 et 1976. Le premier Programme de planification familiale mexicain est basé sur le principe général contenu dans l'article 4 de la Constitution, qui a établi en 1974 que « tous les individus ont le droit de décider de manière libre, responsable et informée du nombre et de l'espacement de leurs grossesses ».

Parallèlement à ces amendements constitutionnels et après avoir fait des révisions du Code de Santé (publié en 1973), l'article interdisant la vente et la publicité des contraceptifs a été abrogé. C'est à cette époque que le gouvernement a commencé à organiser la prestation de services de planification familiale.

De 1977 à 1994, trois programmes consécutifs de planification familiale ont été rédigés dans le cadre de la politique mexicaine de population. Les objectifs qui ont guidé ces programmes visaient à contribuer à la réduction des niveaux de fécondité, afin d'améliorer la santé maternelle et infantile, et aider à réduire le nombre de grossesses non souhaitées (et diminuer ainsi l'incidence de certaines conséquences comme l'avortement). En outre, ces programmes ont été intégrés aux services de soins, l'utilisation des services a été volontaire et les programmes ont opté pour une approche préventive.

Les services de santé de la reproduction au Mexique sont fournis principalement par les institutions suivantes : le ministère de la Santé (*Secretaría de Salud, SSA*), l'Institut mexicain de Sécurité sociale (IMSS) et l'Institut de sécurité et des services sociaux des travailleurs de l'État (ISSSTE).

En raison de l'implication de plusieurs institutions dans ces efforts, il a été nécessaire d'établir ou de renforcer des mécanismes de programmation. Dans ce but, un corps spécifique a été créé en 1977 : la Coordination du Programme national de planification familiale. En lien avec cette coordination, les institutions qui proposaient des services de santé ont défini pour la première fois leurs propres buts et objectifs de couverture. En 1983, le ministère de la Santé, placé à la tête de ce secteur, a assumé la responsabilité de la coordination des programmes entrepris par les institutions publiques chargées des soins de santé. Aussi, il a créé le Groupe interinstitutionnel de planification familiale. Cette instance institutionnelle n'existe plus actuellement.

À cette époque, les efforts de ces institutions dans les domaines de la formation des ressources humaines, de l'organisation et de la prestation des services ont contribué, de manière considérable, à l'extension de la couverture des pratiques contraceptives au sein de la population mexicaine.

L'augmentation de l'utilisation des contraceptifs a progressé différemment au sein des différents groupes de la société. Il a été particulièrement difficile de fournir des services de santé et d'éducation aux localités rurales. Cela est dû à la dispersion et aux conditions géographiques de ces zones, ainsi qu'à leur hétérogénéité culturelle souvent associée à des différences ethniques ou religieuses.

Les services de planification familiale offerts par l'IMSS dans les zones rurales ont débuté en 1974. Ils étaient totalement intégrés à la prestation des services de santé. Depuis la fin des années 70, le ministère de la Santé a développé un programme connu en tant que Stratégie d'extension de couverture (EEC). Il s'agit de la prestation de services de base, y compris ceux de planification familiale, dans les villages de moins de 2 500 habitants, par l'intermédiaire d'agents de santé bénévoles. Cette stratégie a reposé sur le travail de 13 400 auxiliaires de santé qui ont été formés et supervisés par des membres du personnel de l'institution. Finalement, lors des 18 dernières années, la

SSA et l'IMSS ont mené ensemble un programme de formation de sages-femmes, dans le but d'améliorer les efforts dans le domaine de divers types de soins : prénataux, à l'accouchement, néonataux, pendant la période du post-partum et dans la participation aux activités de planification familiale.

Au Mexique, les activités de planification familiale ont commencé avec les moyens des ONG. En 1958, l'Association pro-santé maternelle (APROSAM), qui n'existe plus actuellement, a été la première à fournir des services de ce genre. Créée en 1965, la Fondation pour l'étude de la population (FEPAC) change de nom en 1984 pour devenir la Fondation mexicaine pour la planification familiale (MEXFAM). Il convient de citer d'autres institutions de cette nature comme l'Association mexicaine d'éducation sexuelle (AMES), la Fédération mexicaine d'associations privées pour le développement de la santé et de la communauté (FEMAP) et le Centre d'orientation pour les adolescents (CORA). Il est important de considérer que la participation de ces institutions non gouvernementales a représenté un enjeu pour définir les actions qui émanaient de la Conférence du Caire en 1994.

Pour notre travail de recherche, il est important de mentionner une action précise qui se réfère au programme lancé par le ministère de la Santé en 1984. Celui-ci a commencé à mettre en place un programme pour former les travailleurs à la prise en charge des services d'information et de conseil aux adolescents en termes de sexualité et de planification familiale. Cette stratégie a été initialement mise en œuvre dans la zone métropolitaine de Mexico et parmi d'autres grandes villes du pays. En 1994, le Programme national de prise en charge de la santé reproductive des adolescents a été créé en vue d'offrir des services dans les zones urbaines.

Au cours de la seconde moitié des années 80, le ministère de la Santé, en collaboration avec l'Institut national de Sciences médicales et de Nutrition Salvador Zubirán, a mené une étude d'un combiné contraceptif hormonal injectable (Cyclofem). La SSA ainsi que l'IMSS ont mené des études au sujet de l'implant contraceptif sous-cutané Norplant. Les deux contraceptifs ont été rapidement inclus dans la gamme des méthodes contraceptives proposées par les services du secteur public.

L'introduction et la prolifération de la technique de « vasectomie sans bistouri » doivent aussi être mentionnées. Cette technique a été initialement utilisée par l'IMSS à la fin de l'année 1989, puis par la SSA et l'ISSSTE à partir de 1991. On comptait alors sur le développement de cette nouvelle méthode pour augmenter la participation encore très limitée des hommes dans les activités de planification familiale.

Les stratégies qui avaient comme but l'amélioration de la qualité des services ont également inclus une meilleure information et des conseils pour le public, ainsi que le renforcement de la formation technique et de la supervision des programmes dirigés aux prestataires de services. La préparation de la Norme officielle mexicaine pour la prestation des services de planification familiale a constitué une activité importante, avec la participation des institutions du Système national de santé publique, d'ONG et de représentants du secteur privé. Le 30 mai 1994, cette norme a été publiée dans le Journal officiel de la Fédération.

Dans le domaine de la programmation, les activités de planification menées ont conduit à l'élaboration de trois programmes consécutifs avec des objectifs de couverture nationale. Le Programme 1988/1994 comprend des objectifs au niveau des états fédérés.

Depuis le début des activités organisées de planification familiale, et afin de soutenir le processus de planification, les établissements de santé ont conçu et appliqué des systèmes de production d'informations pour l'évaluation et la programmation. Entre 1976 et 1992, six enquêtes démographiques et de santé ont été réalisées au niveau national. Les informations obtenues ont permis une meilleure évaluation des activités gouvernementales et privées. Elles ont constitué un apport crucial pour la recherche dans ce domaine.

Au cours de ces années, le renforcement de son statut en tant que programme de santé a représenté un des principaux changements qualitatifs au sein du programme de planification familiale. En 1984, la planification familiale a été inscrite dans la Loi générale de Santé, dans des termes similaires à ceux établis par la Loi générale de Population. Au niveau opérationnel, cette situation a conduit à l'établissement de liens plus étroits entre le programme de planification familiale et les programmes de santé maternelle et infantile (SSA, 1995).

2.2 Programmes nationaux de Population après Le Caire

Le Programme national de population 1995/2000

Le Conseil National de Population a développé un programme spécifique pour la période 1995/2000. Ce programme conserve les principes sur lesquels les programmes précédents se sont fondés.

Cependant, il intègre des caractéristiques particulières qui distinguent ses activités et ses stratégies de celles établies par les administrations gouvernementales antérieures à 1994.

- Le programme essayait de briser le cercle vicieux de la pauvreté et du retard démographique. Il reconnaît que la pauvreté va de pair avec de hauts niveaux de mortalité, un jeune âge au moment de l'entrée en union, un court intervalle protogénésique et un faible niveau de pratiques orientées à limiter ou espacer les naissances. La transition démographique est retardée dans les secteurs les plus pauvres de la société. De son côté, la croissance démographique rapide entre ces groupes rend plus difficile l'éradication de la pauvreté. Le nouveau programme démographique met ainsi en mouvement des activités sur les deux fronts.

- Le renforcement des activités pour promouvoir des réductions additionnelles de la croissance de la population, principalement par le biais d'une approche intégrale de la planification familiale et de la santé de la reproduction : le Programme national de Population 1995/2000 comprend des propositions visant à renforcer les activités dans plusieurs de ses secteurs d'intervention. Néanmoins, les liens les plus forts entre la politique démographique et les activités du secteur de la santé semblaient encore avoir leurs racines dans les activités de planification familiale. Depuis la perspective des institutions, la responsabilité du reste des secteurs de la santé de la reproduction incombait seulement aux établissements du secteur de la santé. Ceci montre son évidence avec le programme correspondant qui a été nommé « Planification familiale et santé de la reproduction » et non l'inverse, comme c'est le cas du programme du secteur de la santé. Cela pourrait en effet avoir des répercussions sur le degré de faisabilité de l'intégration entre les politiques de santé et les politiques de population.

- Le programme de population a mis davantage l'accent sur la promotion d'un certain retardement de l'âge au mariage et à la naissance du premier enfant, ainsi qu'un allongement des intervalles intergénéraliques.
- Finalement, il a proposé des mesures pour trouver des solutions aux problèmes environnementaux. On a ainsi reconnu les liens entre la population, l'environnement et le développement.

D'autres objectifs reconnus par ce programme comprennent l'amélioration de la condition sociale des femmes, le renforcement de la famille, la réorganisation du développement régional et la distribution de la population dans le territoire national, et le développement d'une culture démographique au sein de la population.

Ce programme établit 11 lignes stratégiques qui se traduisent en sous-programmes. Un de ceux-ci a pour objectif le respect et la prise en charge des conditions sociodémographiques des populations autochtones.

Cette ligne est introduite en considérant le fait que la démographie des groupes autochtones est étroitement liée à la pauvreté, à une haute fécondité et à un profil épidémiologique de la mortalité précoce et une morbidité élevée. Les mesures avancées essayent d'établir des stratégies pour assurer un accès réel de cette population aux services de planification familiale et de santé de la reproduction, en vue de renforcer les programmes destinés à réduire la mortalité maternelle et infantile.

L'importance que possède cette ligne d'action se renforce avec les données de l'ENADID 2006 (Palma et Gonzalez, 2006). Selon cette source, dans le groupe qui au moment de l'enquête avait entre 20 et 24 ans, 15,9% des jeunes femmes qui appartenaient à un groupe autochtone avaient déjà eu des rapports sexuels, alors qu'entre celles qui n'appartiennent pas à un de ces groupes seulement 10,8% avaient déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles. Chez les générations antérieures, le début de l'activité sexuelle est plus précoce et l'écart est plus élevé : 36,7% des femmes qui au moment de l'enquête avaient entre 45 et 49 ans et qui ont déclaré appartenir à un groupe autochtone avaient déjà eu des rapports sexuels à 15 ans, alors que cette proportion atteint seulement 14% de chez celles qui ne sont pas autochtones. La tendance entre les

générations montre que l'écart se réduit si la génération d'appartenance est plus jeune, surtout en raison d'une diminution du début précoce des activités sexuelles dans le groupe des femmes autochtones.

La fécondité des femmes autochtones est parmi la plus élevée chez les groupes que composent les variables utilisées dans l'analyse. Le taux triennal de fécondité (2003/2005) de la population autochtone indiquait une valeur de 106 naissances pour mille femmes entre 15 et 19 ans. Le niveau correspondant aux non autochtones était de 67 naissances pour mille femmes entre 15 et 19 ans. Seulement les groupes des catégories sans scolarité, école primaire non complétée et complétée dépassaient cette valeur (Menkes et Serrano, 2006).

La structure et les fonctions du Conseil national de Population n'ont pas été modifiées. Ainsi, les principales stratégies pour atteindre les objectifs affichés dans le cadre du nouveau programme comprenaient la coordination sectorielle, la décentralisation, la mise en marche de programmes d'éducation et de communication à travers les médias, ainsi que l'évaluation des programmes.

Un aspect qui vaut la peine d'être souligné se réfère au fait que le programme de population de ce sexennat, élaboré à quelques mois de la réunion du Caire, ne fait pas référence à cette Conférence internationale, ni ne reprend, du moins de manière explicite, les recommandations qui en émanent. Nous avons fait référence dans ce chapitre à l'importance de la participation du Mexique lors de cet événement.

Le Programme national de population 2001/2006

La politique de population déterminée par le Plan national de développement 2001/2006 a été conceptualisée comme un outil pour contribuer à une plus grande égalité, pour garantir les droits des citoyens à la planification familiale, pour améliorer les compétences et les opportunités des citoyens et pour promouvoir le bien-être.

Cette politique cherchait à concilier la croissance démographique avec la distribution géographique de la population, dans le but de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie du peuple mexicain. Par exemple, la baisse de la fécondité avait eu lieu rapidement au cours des trois décennies antérieures, pendant lesquelles la croissance de la population a diminué de 3,3% à 1,7%.

Les défis que le Mexique affronterait pour assurer aux habitants un travail, un logement, de la nourriture, des services d'éducation et de santé dépendraient en partie de la transition démographique. Des changements dans la structure générationnelle de la population créent de nouvelles demandes et des opportunités sociales. Le Mexique a ensuite envisagé la possibilité d'utiliser ainsi cette « fenêtre d'opportunité », ou « dividende démographique », composé d'un grand nombre d'habitants en âge de travailler au cours des trois décennies suivantes. De plus, cette « fenêtre d'opportunité » stimulerait la création d'emplois, l'épargne, l'investissement et l'emploi cyclique.

Le Programme national de population 2001/2006 a été conçu pour affronter les défis et les opportunités suivantes :

- Promouvoir la transition démographique ;
- Réduire les inégalités en matière de développement social et humain qui retardent la transition démographique ;
- Profiter de la « fenêtre d'opportunité » et affronter les défis posés par les changements dans la structure générationnelle de la population ;
- Identifier les besoins générés par les transformations sociodémographiques dans la structure familiale ;
- Canaliser la migration interne vers les régions à fort potentiel de développement durable et dans les régions sous-développées, proposer des alternatives à l'émigration dans les zones les plus marginalisées ;
- Affronter les défis posés par les changements dans la migration vers les États-Unis, en termes de volume de la migration, de la composition et de l'origine régionale.

Afin d'affronter ces défis, différents objectifs sont spécifiés dans le Programme national de population 2001/2006 :

- Renforcer la compatibilité entre le phénomène du changement démographique et le développement durable, tout en respectant les droits de l'homme dans des conditions équitables ;
- Aider à briser le cycle de la pauvreté et du retard démographique en élargissant les compétences, les options et les opportunités des personnes et des groupes défavorisés, ainsi qu'à travers la promotion de l'exercice des droits reproductifs ;
- Se préparer de manière anticipée pour répondre aux demandes générées par les changements dans la taille et la structure générationnelle de la population et pour promouvoir des moyens de mobilité ;
- Renforcer les capacités des familles et de leurs membres pour consolider des projets de vie ;
- Soutenir la distribution géographique de la population en fonction du potentiel de développement durable ;
- Renforcer la nouvelle culture démocratique en stimulant des attitudes de prévision et des pratiques de planification chez les individus et dans les familles, en fonction de la résolution des problèmes de la population ;
- Ajuster les réponses institutionnelles par rapport au phénomène démographique au niveau régional et local, dans un contexte qui respecte la culture, l'organisation et l'identité ethnique des différents groupes qui composent le pays.

Plus précisément, dans la mesure où les objectifs mentionnés ci-dessus sont liés aux adolescents et aux droits sexuels et reproductifs, nous devons essayer de les atteindre à partir des stratégies suivantes :

- Promouvoir l'exercice des droits en matière de sexualité et de reproduction ;
- Prendre en compte les possibilités offertes par le « dividende démographique » ;
- Contribuer au bien-être et au développement intégral des adolescents et des jeunes avec la promotion de comportements informés et responsables ;
- Accroître les opportunités pour les familles et leurs membres tout au long de leur vie ;
- Consolider des efforts dans les domaines de l'information, de l'éducation et de la communication pour la population ;
- Promouvoir la participation citoyenne dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de population ;

- Renforcer la coopération internationale dans le domaine de la population (CONAPO, 2001).

Il est important de remarquer que l'approche paraît très inappropriée pour les deux premiers points de la justification proposée pour établir les objectifs du Programme de population 2001/2006 qui font référence à la transition démographique. Selon Maria Eugenia Zavala, nous entendons par transition démographique le processus de changement qui part d'une mortalité et d'une fécondité élevées, à des niveaux appelés "naturels", c'est-à-dire sans contrôle direct sur les phénomènes, passant à un régime de mortalité et de fécondité réduites dans lequel aussi bien les naissances que les décès sont effectivement limités (Zavala de Cosio, 1992). Le rythme et le niveau des évolutions ont été assez différents parmi les pays européens qui ont commencé leur transition il y a trois siècles, en comparaison avec les pays sont actuellement en voie de développement qui l'ont commencée il y a à peine 50 ou 60 ans, mais qui l'ont accomplie à un rythme plus rapide.

Au Mexique, la transition démographique a débuté à la fin du XIX^{ème} siècle avec la baisse de la mortalité. Les réductions accélérées de la mortalité, à partir de 1930, ont eu comme conséquence qu'en moins d'un demi-siècle on a pu observer des réductions similaires à celles que l'Europe avait mis 200 ans à atteindre. Ces réductions, accompagnées d'une augmentation de la fécondité, ont eu comme conséquence une croissance naturelle très élevée de la population, laquelle est antérieure à la baisse de la fécondité rappelée par l'auteure dans les années 60.

En raison de cela, il ne paraît pas approprié d'avoir utilisé le concept de transition démographique (qui est davantage une théorie employée pour décrire comment un pays subit dans son histoire une transition d'une forte natalité à une moindre mortalité) pour justifier les objectifs généraux d'un Programme de population, surtout lorsque celui-ci fait référence à la période 2001/2006, alors que la mortalité et la natalité avaient déjà montré des diminutions importantes.

D'autre part, l'indice de dépendance reflète des transformations dans les structures par âge de la population. Nous considérons deux types de dépendances, la dépendance infantile (moins de 15 ans) et celle du troisième âge (65 ans et plus) par rapport à la

population active. Une dépendance élevée augmente les nécessités de consommation et diminue la capacité d'épargne.

En 1950 au Mexique, la dépendance infantile était de 75,8, elle est passée à 98,9 en 1970 et à 53,5 en 2000 pour les moins de 15 ans pour 100 personnes actives (données du CONAPO, PNP, 2001-2006). La dépendance du troisième âge s'est maintenue entre 7,5 et 7,7 entre 1950 et l'année 2000. La dépendance totale a donc évolué de 83 dépendants pour 100 actifs vers 108 en 1970, et c'est à ce moment qu'elle commence à diminuer jusqu'à atteindre une valeur de 61,3 dépendants pour 100 actifs en 2000. Selon le Recensement de 2010 (estimations personnelles réalisées sur la base du Recensement de l'année 2010), l'indice de dépendance avait diminué à 55,2 dépendants pour 100 actifs lors de l'année considérée.

Selon les projections de population du CONAPO, la tendance à la baisse de l'indice de dépendance chez les moins de 15 ans, qui a commencé en 1970, va continuer son évolution jusqu'à atteindre approximativement des niveaux de 30 dépendants pour 100 personnes de 15 à 64 ans vers la seconde décennie du siècle actuel, et elle maintiendra cette valeur jusqu'en 2050 (Aparicio, 2007). Ainsi, l'auteur avance que l'indice de dépendance du troisième âge s'est maintenu autour de 10% jusqu'en 2010, si on estime qu'une augmentation a commencé et qu'elle atteindra une valeur de 30% au milieu du XXI^{ème} siècle. De cette manière, l'indice de dépendance totale atteindra une valeur de 45% entre 2010 et 2020, au moment où elle commencerait à augmenter jusqu'à atteindre en 2050 des niveaux proches de ceux observés entre 2010 et 2020, soit environ 60%.

Il est important de mentionner que les grandes réductions concernant la dépendance juvénile ont eu lieu dans les entités fédérées se trouvant dans les phases les plus avancées en termes de transition démographique. La Basse-Californie se trouvait en quatrième position en 1990 avec une valeur de 52,6% pour ce même indicateur.

Selon Alba *et al.* (2006), le concept du dividende démographique fait référence au fait que, lors de leurs processus de transition démographique, les populations passent par une période de structure démographique "mature"; c'est-à-dire qui concentre une proportion élevée de la population active. Par dividende démographique, on définit le potentiel productif que cette condition démographique amène dans les économies (Alba

et al. (2006). Plusieurs pays de l'Est et du Sud-est asiatique ont atteint en effet des transformations impressionnantes au cours de leur développement économique, lorsqu'ils se trouvaient dans cette phase de leur transition démographique.

Une lecture erronée de la littérature pertinente a laissé croire qu'il s'agissait d'un effet déterministe de la transition démographique ou bien qu'il y avait une surévaluation de cet effet sur le développement.

La problématique du dividende démographique (selon les auteurs) concerne le fait de prendre en compte les caractéristiques de la population active ainsi que les conditions des marchés du travail, pour déterminer les modalités de l'insertion professionnelle de la population.

Dans un premier temps, les changements dans la dynamique démographique n'ont pas eu lieu, et n'auront pas lieu, de façon homogène sur l'ensemble du territoire. Dans l'article mentionné, il est évoqué dans la discussion à propos du « dividende démographique » que les différences dans les étapes de la transition démographique sur le territoire n'ont pas été considérées. L'analyse des indices de dépendance démontre une situation très hétérogène entre les différentes régions géographiques. Par exemple, la région de la côte sud de l'océan Pacifique présentait un taux de dépendance de 78,2 pour l'année 2000, ainsi que l'indice de dépendance infantile plus la plus élevée de tout le pays (69,5). Les régions centrales (72,1) et de l'ouest (68,2) du pays présentent aussi des taux de dépendance élevés, car ces régions contiennent des états avec une haute et une très haute intensité migratoire (la migration internationale se concentrant sur la population active). Cependant, en conséquence du changement dans la baisse de fécondité, mais aussi de la forte présence de migrants internes (en général en âge de travailler), il y a des états qui présentent de faibles taux de dépendance. Dans ce cas, les régions du nord-ouest (par exemple la Basse-Californie Nord avec 50,2%, et le Sonora avec 54,0%), du nord (par exemple le Chihuahua avec 55,3% et le Coahuila avec 54,3%), et du nord-est (par exemple le Nuevo León avec 50,2% et le Tamaulipas avec 53,1%) seraient des régions attractives pour la population active (estimations personnelles sur la base du Recensement national de la population 2010).

D'autre part, les auteurs signalent qu'une analyse des défis et des opportunités de l'ouverture démographique représentée par le dividende ne serait pas complète si les

taux de participation ne sont pas considérés. Les taux de participation économique du sexe masculin ne montrent pas de grandes différences régionales. En revanche, il existe un comportement divergent par rapport à la participation féminine à l'activité économique; car le rang de variation est supérieur (24% dans la région du Pacifique-sud et 35% dans celle du nord-ouest), ce qui coïncide avec les modèles régionaux de développement économique.

Dans l'analyse réalisée du Plan national de développement, les auteurs concluent que le « dividende démographique » est traité de façon étendue. Ce plan affirme aussi que le Mexique se trouve immergé dans quatre processus de transition : la transition démographique, la transition sociale, la transition économique et la transition politique (PND, 2001). Le Plan considère que « le dividende démographique pourrait se transformer dans la prochaine décennie en un facteur fondamental pour le développement du pays. Pour atteindre cela, il serait indispensable de créer les emplois nécessaires, d'augmenter la capacité d'épargne des ménages, ainsi que d'établir des stratégies plus efficaces en termes de formation et d'utilisation des ressources humaines disponibles, ainsi que d'accumulation et de mobilisation d'actifs ».

Les auteurs affirment qu'il est surprenant que ce soit dans la partie dédiée à la population et à la protection civile que le dividende démographique est défini non pas comme une « fenêtre d'opportunité », sinon par rapport aux défis qu'il représente : « il représentera un grand défi dû aux nombreux besoins d'emplois et logements de la population jeune et adulte, en même temps qu'il imposera de fortes pressions sur l'infrastructure de santé et de sécurité sociale pour garantir un soutien digne à la population d'un âge avancé.

Le fait que dans le PND soit pris en compte dans la discussion sur les possibles impacts du « dividende démographique » constitue un exercice de prospective qui a la vertu de positionner le thème dans l'agenda politique. Cela représente le principal apport du PND en matière de dividende démographique, puisqu'avec le positionnement du thème, il oblige au moins toutes les agences gouvernementales à réfléchir sur ce point en particulier. Cependant, le PND ne rend pas suffisamment explicites les articulations entre les actions qui devraient être mises en œuvre pour « profiter » du « dividende démographique ».

C'est dans le cadre de la politique de population conduite par l'État au Mexique que s'inscrivent les actions que le gouvernement met en place pour affronter les conséquences qu'aura le dividende démographique dans la vie nationale. Le CONAPO possède la faculté de mener à bien des activités de planification en matière démographique. Le positionnement du thème est fondamental dans le PND, puisque selon la loi celui-ci doit coordonner les actions des autres secteurs dans ce domaine. En dépit de l'ambition de ce plan, on doit signaler que la mise en place de ces lignes d'action ne relève pas de la compétence de la *Secretaría de Gobernación* ou du CONAPO, mais du reste des secteurs de l'administration publique.

Enfin, plusieurs objectifs du Programme de population de cette même administration présidentielle sont de caractère plus général, et certains restent très ambitieux pour cet ensemble de mesures qui sont prises sous la présidence de la *Secretaría de Gobernación* et qui incluent l'action de différents ministères et de deux Instituts de Sécurité sociale du pays. Cependant cette institution au service de l'action présidentielle n'a pas la faculté d'établir des actions qui iraient dans le sens d'obliger les autres institutions à agir, de façon à ce que la faisabilité de son accomplissement résulte incertaine. On peut mentionner par exemple l'objectif « d'assurer la compatibilité du changement démographique et du développement durable, en respectant en même temps les droits humains en termes d'équité ». Cet objectif est imprécis, puisqu'il serait difficile d'en faire dériver des actions spécifiques pour l'atteindre. Il est aussi important de mentionner que pour les raisons invoquées, il serait difficile d'évaluer l'accomplissement de buts de cette nature. En ce qui concerne les stratégies à suivre pour atteindre ces objectifs, certaines demeurent ambitieuses et peu spécifiques, par exemple celle visant à « étendre les opportunités pour les familles et leurs membres tout au long de leur vie », car les actions spécifiques n'y sont pas définies.

Le Programme national de population 2008/2012

Présenté en 2008, le Programme national de population pour le sexennat présidentiel 2006/2012 réaffirme le principe selon lequel la politique démographique est une « partie inhérente et inséparable de la politique de développement et un maillon essentiel de la politique sociale ».

Une autre particularité caractérise ce programme : pendant le processus de conception, une série d'enquêtes a été réalisée dans les 28 états du pays dans le cadre d'une consultation citoyenne menée par le Conseil national de Population.

Plusieurs défis et des opportunités sont identifiés dans le diagnostic présenté par ce programme. Au cours de l'analyse de ce document, nous pouvons faire référence à l'un d'entre eux en particulier : celui qui se réfère à la population à l'étape de l'adolescence. Le programme reconnaît que le groupe de la population qui a été le moins pris en compte dans les politiques publiques est celui des adolescents. Cette affirmation repose essentiellement sur l'indicateur de besoins non satisfaits en termes de planification familiale.

Selon ces estimations, les adolescentes âgées de 15 à 19 ans constituent la classe d'âge qui montre le plus haut niveau de besoins non satisfaits en termes de services de planification familiale (35,6% en 2006). Il convient toutefois de noter qu'il persiste, dans un quart de ce groupe, des « barrières sociales, économiques, culturelles et institutionnelles qui empêchaient à chacun l'exercice de planifier le nombre et le calendrier de sa descendance ». Le niveau de cet indicateur diminue avec l'augmentation de l'âge (24,4% dans le groupe entre 20 et 24 ans). Dans le groupe des femmes de 45 à 49 ans, seulement 3,2% d'entre elles manifestaient un besoin non satisfait en termes de planification familiale (CONAPO, Programme national de population 2008/2012).

Si on compare la valeur de cet indicateur pour le groupe des adolescents avec celle de groupes tels que la population vivant dans des municipes ayant des niveaux très élevés de marginalisation, ou bien la population des zones rurales et celle qui parle une langue autochtone, on observe qu'elle est également plus élevée que celle des autres groupes (Tableau 2-1). Par rapport à la population vivant dans des municipes ayant des niveaux très élevés de marginalisation, il y a au moins neuf points de différence. Il y a plus de quatorze points d'écart par rapport à la population qui réside dans des zones rurales, et plus de treize points avec celle qui parle une langue autochtone. Un aspect très important à signaler est que, contrairement à ce qui se passe dans n'importe quel autre groupe d'âge, le niveau de besoins non satisfaits de contraception chez les adolescentes a augmenté en vingt ans (entre 1987 et 2006). Cette tendance n'est pas observée parmi

la population résidant dans des zones rurales ou parmi celle qui parle une langue autochtone (Tableau 2-1).

TABLEAU 2.1

**BESOINS NON SATISFAITS EN TERMES DE PLANIFICATION FAMILIALE
DE L'ENSEMBLE DES FEMMES EN AGE DE PROCREER, SELON LES
CARACTERISTIQUES SELECTIONNEES 1987/2006**

Caractéristiques	1987	1997	2006
Total	25	12,4	11,7
Femmes de 15 à 19 ans	33,8	26,7	35,6
Degré très élevé de marginalisation	ND	ND	26,7
Résidence rurale	45,7	22,2	20,2
Parle une langue autochtone	ND	25,8	22,2

Source : Estimations du CONAPO basées sur l'ENFES-1987, l'ENADID-1997 et l'ENADID-2006.

Enfin, il est important de mentionner que l'utilisation de méthodes contraceptives au début de la vie sexuelle semble être une pratique inexistante. Sept jeunes femmes sur dix ont eu leurs premiers rapports sexuels sans protection (ENADID, 2006, cité dans le Programme national de population 2008/2012).

D'après ces données, nous pouvons conclure que le dernier Programme national de population doit reconnaître le manque d'attention que la population adolescente a subi en matière de santé de la reproduction dans notre pays. Cependant, il est important aussi de souligner qu'aucune tentative n'est observée pour lier cette situation aux aspects du contexte socio-économique entourant ces jeunes femmes, et surtout au manque d'action des institutions gouvernementales, qui n'ont pas été en mesure de résoudre cette problématique concernant ce groupe vulnérable et vaste de notre population.

Les objectifs présentés dans le Programme national de population 2008/2012 sont les suivants :

- Continuer d'avancer dans la transition démographique, en particulier chez les groupes les plus défavorisés ;
- Favoriser l'exercice libre, responsable et informé des droits des personnes dans les domaines de la sexualité et de la reproduction ;
- Préparer les institutions et adapter les politiques de développement pour profiter des opportunités et pour relever les défis qui dérivent de la variation de la structure par âge ;
- Etendre les opportunités de développement des ménages, des familles et de leurs intégrants en tenant compte de leur structure et organisation ;
- Promouvoir la distribution géographique de la population selon le potentiel de développement durable du territoire ;
- Minimiser le coût et maximiser les opportunités qu'offre la migration internationale avec le Mexique comme lieu d'origine, de transit et de destination ;
- Développer et enraciner une culture démographique solide ;
- Mobiliser les capacités nationales et la coopération internationale en faveur de la politique et des programmes de population.

Les objectifs présentés dans le Programme de Population 2008/2012 sont très généraux et peu concrets à propos des activités spécifiques. Nous pouvons affirmer qu'il serait difficile que des actions spécifiques découlent du programme. Prenons quelques exemples pour démontrer ce commentaire. Le troisième objectif est de « préparer les institutions et modifier les politiques de développement pour profiter des opportunités et pour affronter les défis dérivés du changement dans la structure par âge ». Cet objectif demeure très ambitieux pour ce genre de programme de population. Bien que le CONAPO soit composé par les principaux ministères d'État, il serait nécessaire d'identifier quelles sont les actions qui contribuent à un tel objectif, en demandant au ministère(s) correspondant(s) de les mettre en œuvre. L'objectif suivant, celui « d'élargir les opportunités de développement des ménages, des familles et de ses membres, tout en considérant ses structure et organisation » reste somme toute très imprécis ; il serait nécessaire de spécifier la nature des « opportunités » auxquelles il est fait allusion. D'autres objectifs présentent de grandes difficultés de mise en œuvre, comme celui de « promouvoir une distribution géographique de la population en

correspondance avec les possibilités d'un développement durable du territoire » ; ce qui serait en lui-même l'objet d'un programme spécifique.

Afin de garantir que ces objectifs soient accomplis, une des stratégies est celle « d'assurer les conditions sociales et institutionnelles favorables à l'exercice des droits sexuels et reproductifs ». Dans ce contexte, une ligne d'action s'oriente à contribuer à la diminution des grossesses non désirées chez les adolescentes et à la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA.

Les activités considérées les plus appropriées pour accomplir cette ligne d'action (c'est-à-dire celles qui auraient un impact majeur dans l'atteinte du but mentionné) seraient les suivantes : (1) réduire les obstacles institutionnels dans la prestation des services de santé sexuelle et de la reproduction pour les adolescents ; (2) concevoir des stratégies orientées à lutter contre des stéréotypes de genre, des préjugés et des mythes qui limitent l'adoption de pratiques sexuelles responsables, sûres et sans risques chez les adolescents ; (3) renforcer le contenu des programmes d'éducation sexuelle dans l'enseignement primaire et secondaire ; et (4) concevoir des stratégies éducatives destinées aux adolescents qui sont en dehors du système éducatif formel. Dans le cadre de la liaison entre la santé sexuelle, la santé de la reproduction et la migration, l'action suivante mérite d'être signalée : établir des stratégies d'information, d'éducation et de communication pour les jeunes qui résident dans les zones à forte migration, à propos des risques de santé sexuelle et de la reproduction qui sont associés au processus migratoire.

Dans l'introduction du Programme national de population (PNP) 2008/2012, la manière d'aborder le concept de « dividende démographique » montre des différences par rapport au programme précédent, quand il propose que le changement démographique puisse ouvrir des opportunités pour potentialiser le développement social et économique, car le changement dans la structure par âge provoquera une croissance de la population active comme on ne l'aurait jamais vue auparavant dans l'histoire du pays. Cependant, il considère qu'il existe des défis face à l'opportunité créée par ce surplus démographique, tels que l'investissement dans le capital humain des jeunes, la création d'emplois de qualité pour les hommes et les femmes, l'augmentation des niveaux de revenu et d'épargne, ainsi que l'adéquation des institutions dans les domaines socio-

économiques. Le PNP reconnaît que les phénomènes démographiques sont à la fois cause et effet d'un processus d'ordre économique, social, politique et culturel, d'où un agenda de travail multisectoriel, qui oriente les actions en matière démographique des douze institutions qui intègrent le CONAPO. Il prend ainsi en compte, dans le deuxième objectif général, le besoin de « minimiser les risques et potentialiser les bénéfices du changement dans la structure par âge et le vieillissement de la population ». Parmi les buts établis par le programme, il faut souligner ceux qui visent à (1) réduire le taux de fécondité, chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans, à un niveau de 58 naissances pour mille femmes pour 2012 (63 observées en 2006) ; et à (2) réduire de huit points le pourcentage du niveau de besoins non satisfaits en termes de méthodes contraceptives chez les femmes adolescentes, pour passer de 36% à 28% entre 2006 et 2012.

2.3 Programmes de santé de la reproduction après Le Caire

Au Mexique, nous avons observé un fort soutien politique dans la mise en œuvre de l'agenda du Caire. Une caractéristique du contexte mexicain est la participation active du pays dans les forums internationaux. À Bucarest, un Mexicain était le Secrétaire général de la Conférence. Le Mexique a été le pays amphytrion de la seconde Conférence en 1984. Dans les activités préparatoires du Caire, le Mexique a dirigé l'équipe responsable de coordonner les activités des pays latino-américains et caribéens. Un Plan d'action a été formulé pour la région, dans l'optique de renforcer le soutien mutuel entre les pays, de faciliter la relation avec d'autres pays et convertir en actions les propositions de la Conférence. Le Mexique a constitué en effet un des pays qui ont signé amplement l'Agenda du Caire (Palma et. Key Findings, 1999).

En conséquence, la majeure partie des responsables du secteur public pendant l'administration 1995/2000 ont eu un engagement fort envers les recommandations

émanant du Programme d'action du Caire. Les principales contributions que le programme paraît avoir réalisées concernent l'introduction d'une vision compréhensive des composants de la santé de la reproduction l'élargissement de l'agenda en y incorporant des éléments tels que la perspective de genre, et d'autres éléments laissés auparavant de côté, comme la violence domestique et le centrage des politiques démographiques autour des droits sexuels et de la reproduction.

Par exemple, le Plan national de développement 1995/2000 considère la santé de la reproduction et la planification familiale en tant qu'axes stratégiques de développement pour le pays.

Cela s'est reflété dans l'élaboration du Programme de santé de la reproduction et de planification familiale 1995/2000. Dans ce contexte, le concept intégral de santé reproductive a été saisi en tant que l'état général de bien-être physique, mental et social dans tous les aspects en lien avec le système reproductif, ses fonctions et ses processus. La santé de la reproduction recouvre la capacité des individus et des couples à profiter d'une vie sexuelle et reproductive qui leur donne satisfaction, saine et sans risque, avec la liberté absolue de décider de façon responsable et bien informée au sujet du nombre et de l'espacement des enfants.

Cette vision holiste considère que toute la population doit avoir accès à d'amples informations et à une gamme complète de services de santé de la reproduction accessibles et acceptables. La mission de ce nouveau programme de santé de la reproduction a posé des piliers essentiels comme la planification familiale, la santé périnatale, la santé reproductive de la population adolescente, la santé de la femme, en incluant le risque de conception, la détection opportune de l'infertilité et des néoplasies, le suivi de la ménopause et de la post-ménopause, ainsi que la prévention, la détection et le suivi des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA.

Un composant d'un intérêt particulier était celui de l'intégration de la perspective de genre dans toutes les activités de normativité, d'éducation/communication, de prestation de services, de recherche et d'évaluation en matière de santé reproductive, tendant ainsi à assurer des relations équitables de genre et d'égalité des chances pour contribuer à l'émancipation et la défense des droits des femmes, en particulier des droits sexuels et reproductifs.

Maintenant, un des défis auquel fait face le Mexique a été constitué par la diffusion du concept intégral de santé de la reproduction à toute la population. Pour cela, il a été décidé que les institutions des secteurs public, social et privé mettraient ce concept spécialement en valeur dans les processus de communication éducative et de communication sociale.

Activités des programmes de santé de la reproduction 1994/1998

Les programmes de planification familiale au Mexique se sont transformés en programmes de santé de la reproduction dans les années qui ont précédé la Conférence du Caire. En 1991, le Département des services de planification familiale de l'IMSS est devenu le Département des services de santé de la reproduction, tandis que ce changement n'a eu lieu qu'en 1994 à l'ISSSTE et au ministère de la Santé. Avec ces modifications, de nouvelles responsabilités ont été attribuées au Directeur général du ministère de la Santé, telles que l'établissement de normes, la coordination, le suivi et l'évaluation des programmes, tout cela dans le but de fournir de façon intégrale des services de santé de la reproduction.

Les activités préparatoires à la Conférence du Caire auraient pu avoir joué un rôle important dans la production de ces changements.

De plus, de nouvelles lois et des normes ont été créées ou modifiées dans le but d'instaurer le nouveau Programme de santé de la reproduction et de planification familiale.

La Loi de Santé en vigueur a intégré pour la première fois le concept de santé de la reproduction. Au même moment que la Norme officielle de Planification familiale, d'autres normes ont été établies pour assurer une base juridique technique pour le fonctionnement du programme dans les composantes suivantes : nutrition, croissance et développement de l'enfant et de l'adolescent, soins et services aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement, la période post-partum et pour les nouveau-nés, services médicaux de base, prévention et contrôle du VIH/SIDA et du cancer du col de l'utérus.

Une initiative fondamentale a été entreprise par l'IMSS en vue de concrétiser l'approche intégrale de santé de la reproduction au niveau opérationnel. Un modèle de formation a été conçu, avec le soutien financier de l'agence américaine de coopération (USAID Mexico) et le soutien technique de PRIME ; il intégrait les composantes de la santé de la reproduction et il s'adressait aux travailleurs du niveau de base du système de santé. Dans la mise en œuvre de cette activité, une étude a été menée pour établir les fondements de la conception et la mise en marche d'un système visant à améliorer les compétences du personnel, afin d'assurer la qualité des services de santé de la reproduction.

Un système national a été créé pour le suivi de la plupart des composantes de la santé de la reproduction de la femme : la planification familiale, la santé périnatale, la prévention des cancers du col de l'utérus et du sein, le contrôle de poids, la tension artérielle, le diabète, le groupe sanguin, ainsi que les antécédents personnels et familiaux. Au cours du sexennat présidentiel 1988/1994, au niveau national, environ 36 millions de carnets de santé (*Cartilla Nacional de Salud de la Mujer*) ont été édités pour les femmes. Une évaluation réalisée en 1999 a montré que seulement 40% de ceux-ci ont été distribués aux femmes en âge fécond.

Dans l'évolution de la planification familiale vers la santé de la reproduction, il est important de mentionner que le Mexique a partagé son expérience avec d'autres pays en développement situés en Amérique Centrale, en Amérique du Sud et dans la région des Caraïbes, dans le cadre d'un programme de coopération technique horizontale.

Programme de santé de la reproduction et de planification familiale 1995/2000

Le 15 février 1995, le ministre de la Santé a officiellement établi le Groupe Interinstitutionnel de Santé de la Reproduction, formé par les principales institutions publiques : le Conseil National de Population (CONAPO), le ministère de l'Éducation (*Secretaría de Educación Pública*, SEP), l'Institut National indigéniste (INI), le Programme national de la femme et les six plus importantes ONG du pays.

Le premier engagement du Groupe interinstitutionnel a été d'élaborer un programme national pour la santé de la reproduction. En avril 1996, cette tâche a été achevée, et

pour la première fois le Mexique a connu un programme de santé de la reproduction avec une approche intégrale.

Le programme a été structuré autour de trois composantes principales :

- Planification familiale
- Santé périnatale
- Santé de la femme

Les initiatives principales du programme, dans le domaine de la planification familiale, avaient comme objectif l'obtention du consentement informé des patients dans toutes les activités, grâce à l'élargissement de la gamme des choix de contraception, à la promotion de la participation masculine et au renforcement des services dirigés aux adolescents, tout en proposant des solutions aux couples infertiles. En ce qui concerne la santé périnatale, les activités ont été orientées à soutenir une maternité sans risque, à prévenir et gérer un avortement incomplet et ses complications, à fournir des services de contraception dans la période du post-partum, à prévenir les malformations de naissance et à assurer des services de réanimation néonatale cardio-pulmonaire.

Finalement, les activités du programme dans le domaine de la santé de la femme s'articulent autour de la prévention et du contrôle du cancer du sein et du col utérin, ainsi que l'offre de services aux femmes qui subissaient la perte de leurs fonctions de reproduction. Toutes ces activités ont été conçues à partir d'une perspective de genre.

Dans le domaine de la planification familiale, ce programme a surtout mis en valeur les activités visant à obtenir le consentement informé du public, à donner des conseils, à promouvoir le renforcement de la contraception après avoir connu un avortement et un accouchement, ainsi que la prise en charge des couples infertiles. Il est également important de remarquer que, dans ce programme, le concept de droits sexuels et reproductifs a été introduit et une attention particulière a été apportée à la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents (Programme de santé de la reproduction et de planification familiale 1995/2000).

Pour la plupart des activités précédemment considérées, le programme a identifié les buts quantitatifs qui devaient être atteints à la fin de l'année 2000.

Les principaux buts proposés par ce programme visent à augmenter la prévalence de l'usage de méthodes de contraception à l'égard des femmes en âge de procréer en couple à un niveau de 70,2% en 2000. Pour atteindre ce but, il s'agit de faire croître la prévalence dans les milieux ruraux à 57% et de maintenir au-dessus de 70% celle des milieux urbains. En outre, il s'agit aussi d'augmenter la prévalence chez les adolescents à 60%, de réduire de 50% les grossesses non désirées chez les femmes de moins de 20 ans, ainsi que de diminuer le taux de fécondité totale à 2,4 enfants par femme.

Il est important de mentionner que certains buts proposés par ce programme manquent de précision, et il serait très difficile d'évaluer leurs réalisations, sachant que ce ne sont pas des objectifs au sens strict. Par exemple, fournir des soins pour l'infertilité à tous les couples (manque de précision), ou bien encore établir des buts par entité fédérée (but de différente nature par rapport au reste). Nous présentons ensuite la liste complète des buts que ce programme s'est proposé d'atteindre.

Objectifs du Programme 1995/2000:

- Augmenter la prévalence de l'usage de méthodes de contraception pour atteindre un niveau de 70,2% pour l'année 2000 (57% en zones rurales et 70% en zones urbaines) ;
- Accroître prévalence post-partum à un niveau de 70% ;
- Etablir des buts par entité fédérée ;
- Fournir des soins qui agissent sur la fertilité à tous les couples qui en font la demande;
- Informer toute la population sur les avantages de la planification familiale et l'accès aux services.

Buts d'impact:

- Diminuer le taux de fécondité totale à 2,4 enfants par femme en 2000;
- Accroître la prévalence à 60% chez les adolescents;
- Services de qualité à 100% des adolescentes ayant une grossesse;
- Réduire de 50% le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes.

Santé périnatale:

- Accès universel à l'information et aux services intégrés pour l'an 2000 ;
- Réduire le taux de mortalité maternelle de 70% ;
- Augmenter la prévalence de l'allaitement maternel de façon exclusive dans les premiers quatre mois à un niveau de 85%.

Le programme a été mis en œuvre dans le contexte des changements dans l'organisation du secteur de la santé (Programme de réforme du secteur de la santé 1995/2000). Les décisions intégrées dans celui-ci entraînent par conséquent:

- La mise en œuvre du Programme de santé de la reproduction et de planification familiale devait s'insérer dans le cadre du processus de décentralisation, c'est-à-dire dans le transfert aux états de responsabilités dans la prestation des services de santé. Ainsi, le besoin s'est exprimé de créer des groupes interinstitutionnels de santé au niveau des états fédérés.
- L'amélioration de l'accès et de la qualité des services ont représenté également des priorités stratégiques dans le processus de réorganisation du secteur de la santé. Les services de santé de la reproduction et de planification familiale devaient couvrir les besoins des Mexicains qui avaient un accès limité (ou inexistant) aux services de santé (SSA, 1995).

Ce programme gouvernemental est intéressant dans la mesure où il a été élaboré au cours de l'année qui a suivi la Conférence du Caire. À cette époque, il était souvent réitéré que ce programme se référait à la santé reproductive et à la planification familiale, alors que cette dernière constitue, selon les conclusions du Caire, un composant du concept global de la « santé de la reproduction ». Dans celui-ci, différents éléments ont été intégrés comme ceux en rapport à la santé périnatale, la maternité sans risque et la participation du partenaire masculin. Ainsi, les stratégies se concentrent autour de la décentralisation, l'accès et la qualité des services.

Programme de santé sexuelle et de la reproduction 2001/2006

L'importance de la santé de la reproduction a été soulignée dans le Programme national de santé 2001/2006, en tant qu'exemple montrant que la santé est un investissement pour un développement porteur d'opportunités. Il garantit que les efforts effectués

jusqu'à présent ont contribué à réduire le nombre de grossesses non planifiées, les niveaux de mortalité maternelle et infantile, et la mortalité à cause du cancer du col de l'utérus. Cependant, cette affirmation ne se soutient pas à partir des données, et de fait, le Programme national de santé de ce sexennat présidentiel considère que la mortalité maternelle au Mexique était restée stable autour de valeurs qui ont oscillé entre 5,4 et 5,1 décès pour 10 000 enfants nés vivants entre 1990 et 1999, ce qui contredit le programme spécifique dérivé du Plan national de santé publique.

Il convient de mentionner ici, qu'à partir du milieu de l'année 2003, la Direction générale de santé de la reproduction a subi des modifications. Le principal changement concerne l'intégration du Programme Femme et Santé aux programmes dépendants de la Direction générale de santé de la reproduction. Dès lors, cette Direction s'est transformée en un organisme déconcentré, qui est appelé le Centre National d'Équité, de Genre et de Santé de la Reproduction (Journal officiel du 9 janvier 2004).

Le Programme d'action de santé de la reproduction 2001/2006 avait comme objectif principal de diminuer les différences observées dans les indicateurs de santé de la reproduction entre les différentes régions du pays, avec une attention particulière portée aux zones rurales et aux municipes classés en zones de forte et de très forte marginalisation. Les composantes de la santé maternelle et du nouveau-né (alors intégrées dans la stratégie appelée « Démarrage Egal pour tous dans la Vie ») n'ont pas été incorporées dans ce programme, ainsi que ceux relatifs à la prévention et au contrôle du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. La base fondamentale du Programme a été celle de la planification familiale, et la stratégie principale a visé à améliorer l'éducation pour promouvoir l'exercice des droits sexuels et reproductifs.

La population adolescente a représenté un groupe prioritaire pour le Programme de Santé de la Reproduction du sexennat présidentiel en question, sur la base du fait que les décisions prises au cours de cette étape de la vie en matière de sexualité et reproduction ont de grandes implications individuelles et sociales. De plus, le nombre d'adolescents âgés de 10 à 19 ans avait doublé, passant de 11,7 millions en 1970 à 21,6 millions au cours de l'année 2000. En outre, on estimait qu'en 2000 il y aurait eu 366 000 naissances chez les mères âgées de 15 à 19 ans, ce qui représentait 17% du total des naissances dans le pays. Enfin, en dépit du fait que l'usage de la contraception chez

l'ensemble des adolescentes avait augmenté de 30% en 1987 à 48,8% en 2000, elle continuait à être la plus faible par rapport aux autres groupes d'âge. Comme cela a déjà été mentionné, le besoin non satisfait de méthodes de contraception, chez les femmes de 15 à 19 ans, était le plus élevé de tous les groupes d'âge, ce qui représentait plus de deux fois la valeur estimée pour toutes les femmes.

En outre, 180 décès maternels chez les femmes adolescentes ont été enregistrés au cours de l'année 2000, ce qui représente la quatrième cause de mortalité dans ce groupe d'âge.

L'objectif global du Programme de santé de la reproduction était de prévenir les risques pour la santé des femmes, des hommes et des enfants, en contribuant à réduire les différences dans les indicateurs de santé de la reproduction entre les diverses régions du pays, avec une attention particulière envers les groupes vulnérables de la population.

Les trois principaux objectifs identifiés dans le Programme d'action « Santé de la reproduction » sont les suivants :

- Promouvoir l'exercice des droits sexuels et reproductifs des Mexicaines et des Mexicains, en tenant compte de la diversité culturelle de chaque groupe de population, spécialement dans les zones rurales, urbaines marginalisées, autochtones et chez les adolescents ;
- Promouvoir chez les adolescents des attitudes et des pratiques responsables et sûres à propos de leur santé sexuelle et de la reproduction ;
- Réduire l'incidence des grossesses non planifiées, d'avortements provoqués et d'infections sexuellement transmissibles chez les adolescents.

Les principales lignes d'action proposées dans le programme ont été les suivantes :

- Identifier et privilégier la prise en charge dans les municipalités et les localités les plus retardées en matière de santé de la reproduction ;
- Renforcer les compétences techniques du personnel, grâce à la formation technique et au développement humain ;
- Garantir les matériels nécessaires et de qualité pour assurer la prestation des services de santé de la reproduction et de planification familiale ;

- Garantir l'accès à l'information, à l'éducation et à la communication appropriées à chaque partie de la population ;
- Concevoir un mécanisme pour le suivi et l'évaluation intégrale, régulière et systématique ;
- Fournir des services faciles d'accès aux adolescents.

Finalement, ce Programme d'action de santé de la reproduction a proposé un schéma d'évaluation des actions qui intègre la définition de dix-neuf indicateurs de base.

Les buts du programme de santé de la reproduction ont été les suivants :

- Augmenter la prévalence de l'utilisation de méthodes de contraception à 73,9% du total des femmes en âge fécond pour l'année 2006 ;
- Augmenter de 15%, pour l'année 2006, le nombre total de femmes en âge fécond en tant qu'utilisatrices actives de méthodes contraceptives, en comparaison avec le chiffre de l'année 2000 ;
- Réduire le taux de fécondité totale à 2,06 enfants par femme, pour l'année 2006 ;
- Réduire la demande non satisfaite à 6,5% pour 2006 ;
- Réduire le taux de fécondité à un niveau de 61 naissances pour 1000 femmes de 15 à 19 ans, en 2006 ;
- Augmenter de 54% la prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives, pour l'année 2006, chez les femmes de moins de 20 ans ;
- Réduire, pour l'année 2006, de 11% le total des naissances enregistrées pour l'année 2000 chez les femmes de 15 à 19 ans.

L'action la plus remarquable de cette administration présidentielle se réfère au rang élevé, au sein de l'administration publique, qui a été attribué à l'instance responsable des activités de santé de la reproduction dans le pays. L'évaluation de l'impact de cette décision pourra sans doute se réaliser dans les prochaines années (ministère de la Santé, Programme d'action : Santé de la reproduction, 2001).

Programme de santé de l'adolescence 2000/2006 (PASA)

Le Centre National pour la Santé de l'Enfance et de l'Adolescence (CENSIA) a été créé au sein du DIF lors de l'administration présidentielle 2000/2006. En coordination avec la Direction de la Promotion de la Santé, le CENSIA organise les services de santé pour la prise en charge des adolescents, en lien avec le Centre National pour la Prévention et le Contrôle du VIH/SIDA (CENSIDA) et la Direction de Santé de la Reproduction, laquelle est appelée aujourd'hui Centre National d'Équité de Genre et de Santé de la Reproduction.

En 2001, le gouvernement fédéral a décidé de prioriser la création du Programme de santé des adolescentes et des adolescents. Il a réuni des informations provenant de 160 institutions gouvernementales et privées sur les thèmes de l'adolescence, de manière à que ce programme devienne un instrument qui permette l'intégration institutionnelle des initiatives des organisations sociales du Mexique.

Le Programme de Santé de l'Adolescence (PASA) a pour objectif de bénéficier à la population âgée de 10 à 19 ans. Il a démarré avec deux lignes d'action distinctes : les soins de santé et la promotion de la santé.

Au sein du PASA, il existe 17 programmes d'action qui convergent entre eux. Les principaux thèmes prenant en compte les adolescents comprennent la santé sexuelle et de la reproduction, les maladies infectieuses et parasitaires, la santé mentale et les addictions, la promotion de la santé et du soutien mutuel, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la nutrition et les actions destinées aux migrants et aux peuples autochtones.

L'objectif général de ce programme a été de développer des actions intégrales pour la santé des adolescentes et des adolescents au niveau des services de soins de base, avec le renfort du système de référence et de contre-référence, en mettant l'accent sur la santé de la reproduction, la promotion de la santé, les services personnalisés de santé et la prévention des préjudices, avec une approche de genre et de résilience, pour remplacer le paradigme du risque et du préjudice par celui de la solidité et du défi.

Le PASA a été étroitement lié aux programmes d'action suivants du Programme national de santé :

- Programme de Santé de la Reproduction ;

- Programme de Promotion de la Santé ;
- Programme des émigrés « Partez en bonne santé et revenez en bonne santé » ;
- Programme de contrôle du VIH/SIDA ;
- Programme de Contrôle et de Prévention des Addictions ;
- Croisade nationale pour la Qualité des Services de Santé.

D'autre part, l'Institut mexicain de la Jeunesse a réalisé des activités dans le cadre de son Programme de sexualité et de santé de la reproduction, dans lequel l'axe d'action principale concernait les jeunes non scolarisés. Les actions les plus significatives incluent les forums de sensibilisation et de formation, effectués à travers le pays, en collaboration avec des organisations non gouvernementales (SSA, 2001).

Le programme mentionné constitue une avancée en termes de la spécificité des actions menées en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment pour résorber les retards enregistrés pendant cette période. Toutefois, il est aussi important de signaler que, pendant l'administration présidentielle 2000/2006, le Programme de services de santé des adolescents était basé principalement dans le cadre de services d'assistanat (DIF), qui ne paraissent pas les plus adéquats pour exécuter un tel programme, dont la population ciblée sont les adolescents, en sachant que ces services s'occupent de la santé de l'enfant et que les besoins en matière sanitaire diffèrent beaucoup lors du passage de l'enfance à l'adolescence.

Programme spécifique d'action 2007/2012 de santé sexuelle et de la reproduction pour les adolescents

Dans la période comprise entre 2007 et 2012, le Centre National d'Équité de Genre et de Santé de la Reproduction conçoit sept mesures nommées « Programmes d'Action 2007/2012 ». Ces projets gouvernementaux comprennent les thématiques de l'équité de genre, du « Démarrage Égal pour tous dans la Vie », du cancer du col de l'utérus, de la prévention et du conseil dans les cas de violence familiale et de genre, du cancer de sein, de la planification familiale et de la contraception, ainsi que de la santé sexuelle et de la reproduction chez les adolescents. Signalons en outre que, lors de cette période gouvernementale, et pour la première fois au Mexique, un programme d'État est conçu pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et de reproduction chez les

adolescents. L'objectif général de ce programme est de contribuer au développement et au bien-être des adolescentes et des adolescents, en améliorant leur santé sexuelle et reproductive, et en diminuant le nombre de grossesses non planifiées et d'infections sexuellement transmissibles.

Ses principales stratégies sont basées sur la promotion des actions d'information, d'éducation et de communication, sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des services des soins sexuels et reproductifs, ainsi que sur la sensibilisation des prestataires de services de santé. Elles visent aussi, d'une part, le renforcement des compétences techniques de ces derniers pour répondre aux besoins des adolescents et, d'autre part, le perfectionnement des systèmes d'information sur la santé sexuelle et de la reproduction de ce groupe de la population, afin de pouvoir connaître, surveiller et évaluer les résultats des actions.

Selon un rapport du ministère mexicain de la Santé, élaboré à la fin de l'année 2012, la mise en place des mesures de l'administration appartenant au dernier gouvernement montre les résultats suivants :

1. **Le taux de fécondité des femmes de moins de 20 ans.** Selon l'Enquête nationale de la dynamique démographique 2009 (ENADID, 2009), cet indicateur s'élève à 69,5 enfants pour mille adolescentes de moins de 20 ans, alors que l'objectif affiché était de 58 enfants pour mille adolescentes. Ce chiffre indique que le but de la réduction de ce taux n'est pas atteint.
2. **La prévalence de l'utilisation de méthodes de contraception chez les femmes de moins de 20 ans.** Selon les données de l'ENADID 2006, l'estimation a été établie à 39,6%, quand bien même les engagements étaient d'atteindre une prévalence de 47%. Selon l'ENADID 2009, 54,9% des jeunes femmes de moins de 20 ans utiliseraient de manière active des méthodes de contraception au moment de l'entrevue, ce qui montre que le but a été largement dépassé (17 points).
3. **Au sujet du besoin insatisfait de méthodes de contraception.** Sur la base de l'ENADID 2006, 39,6% des jeunes femmes de moins de 20ans cherchaient en vain une méthode de contraception pour espacer ou limiter leur fécondité, le but

affiché étant de réduire ce besoin insatisfait à 28,5%. Selon l'ENADID 2009, celui-ci a été réduit cette année à 24%, donc l'objectif a été dépassé de 16 points.

4. **Pour la couverture de contraception post-partum chez les femmes de moins de 20 ans**, le ministère de la Santé a déterminé un seuil à atteindre de 70%, en se basant sur un taux de 38,2%. En 2012, il a été possible d'atteindre une couverture de 59,1% des jeunes femmes, ce qui représente l'accomplissement de 84,5% du but affiché.
5. **Augmenter à un niveau de 70% en 2012 l'utilisation du préservatif dans les relations sexuelles chez les jeunes** représente le but du Centre national de lutte contre le VIH/SIDA, ce qui participe au fait que les jeunes utilisent le préservatif en tant que moyen de contraception. Il est considéré que son utilisation permet la double protection face à une grossesse non désirée et une infection de transmission sexuelle incluant le SIDA.
6. En dernier point, l'objectif de fournir des **services accueillants adaptés aux adolescents** est partagé par toutes les institutions du domaine de la santé qui offrent des services aux adolescents de chaque sexe. Dans le cas du ministère mexicain de la Santé, au début de l'année 2007 on dénombrait 731 points de services d'accueil adaptés aux adolescents, et en 2012 on en comptait déjà 1072, ce qui représente une augmentation de 341 unités, c'est-à-dire de 46,6 points.

Source : Ministère de la Santé, Sous-direction de la santé sexuelle et de la reproduction, Programme d'action spécifique 2007/2012, Santé sexuelle et reproductive pour adolescents, Rapport sur l'avancement des indicateurs, octobre 2012.

Les objectifs du programme pour la période 2008/2012 sont les suivants :

- Réduire le taux de fécondité chez les adolescentes à 58 naissances pour mille femmes de 15 à 19 ans, en 2012 ;
- Augmenter la prévalence de l'utilisation des méthodes de contraception chez toutes les femmes entre 15 à 19 ans à 47%, en 2012 ;
- Réduire de 20%, en 2012, le niveau de besoins non satisfaits en termes de méthodes de contraception, chez l'ensemble des femmes de 15 à 19 ans, par rapport à la valeur observée en 2006 ;

- Augmenter à un niveau de 70%, en 2012, l'utilisation du préservatif dans les relations sexuelles chez les moins de 20 ans ;
- Augmenter de 10% le nombre de services spécialisés dans les soins de santé sexuelle et de la reproduction pour les adolescents, par rapport au nombre enregistré en 2006 ;
- Atteindre une proportion de 70% des femmes de moins de 20 ans, en 2012, qui emploient des méthodes de planification familiale dans la période post-partum.

Le programme établit une stratégie opérationnelle d'implantation, selon laquelle les principales activités à développer, au cours de ce mandat présidentiel, sont décrites sous la forme de trois niveaux d'intervention : celles dirigées à toute la population, celles visant des groupes spéciaux, et celles qui sont prescrites spécifiquement à la personne. Les principaux acteurs impliqués dans sa mise en œuvre sont identifiés.

Définition des stratégies

Stratégies universelles : avec des campagnes dans les grands médias, l'élaboration et la diffusion des matériels de promotion, d'éducation sexuelle et à la reproduction ;

Stratégies ciblées ou sélectives : mise en place de réseaux sociaux de participation des jeunes, d'un modèle de prise en charge des adolescents et de services mobiles ;

Stratégies dirigées ou spécifiques : le conseil et l'orientation, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la prévention des grossesses non planifiées.

Dans la mise en œuvre de ces stratégies, il est prévu que participent des institutions publiques de santé et d'autres secteurs (CONAPO, SEDESOL et INMUJERES), ainsi que des organisations de la société civile. La gestion de ce programme d'action relève de la responsabilité directe du ministère de la Santé. Le programme établit des indicateurs précis et des sources d'évaluation. La responsabilité de ce travail a été assumée par les ministères de la Santé de chaque état. Ainsi, la Basse-Californie a élaboré son programme, dans lequel on note l'absence d'aspects spécifiques qui caractérisent la problématique de l'entité.

La tâche que s'est imposée le ministère de la Santé a représenté un succès quant à l'impulsion de l'élaboration de programmes de santé sexuelle et de la reproduction pour les adolescents, qui a été accomplie dans chaque entité fédérée. Cependant, il serait important d'évaluer aussi bien la portée de ces programmes, qui ont assumé la tâche d'incorporer au niveau des états les besoins propres aux contextes sociodémographiques et culturels dans lesquels ils se développeraient, et s'il y a eu une évaluation, de leurs effets. Dans le cas de la Basse-Californie, ce programme a été analysé et nous avons sollicité un entretien qui nous a été concédé avec l'actuel ministre de la Santé de cet état (septembre 2012). Le résultat est peu séduisant, puisque ce programme n'est seulement qu'une version tronquée du programme national, sans vraiment de congruence interne, et la disposition des autorités pour aborder le problème est quasiment nulle. Leur perception au sujet des causes et des conséquences des grossesses à l'adolescence demeure en effet très limitée.

2.4 Participation des organisations non gouvernementales (ONG)

Nous pouvons affirmer que depuis la Conférence du Caire, la participation des ONG a augmenté dans les activités officielles en matière de santé de la reproduction.

Il existe six ONG qui appartiennent au groupe interinstitutionnel sur la santé de la reproduction et la planification familiale, au sein duquel les décisions les plus importantes sont prises (FEMAP, MEXFAM, CORA, COPLAFAM, GIRE et la Fédération de Gynécologie et d'Obstétrique).

Les institutions gouvernementales perçoivent cette collaboration d'une façon positive. La principale contribution de ces institutions est que leurs points de vue sont reflétés dans l'élaboration de programmes, de normes et de lois. Il est important de mentionner l'influence des groupes féministes d'institutions non gouvernementales dans la formulation de la norme sur le cancer du col de l'utérus, et plus récemment dans l'incorporation des pilules du lendemain (contraceptif d'urgence) au sein de la Norme sur la prestation de services de planification familiale (janvier 2004).

Les organisations de la société civile ont apporté des contributions d'importance pour la politique de population, en impulsant des programmes et des initiatives novatrices, en maintenant le soutien et le suivi aux demandes sociales qui mettent en évidence les aspirations citoyennes dans le domaine de la planification démographique. Ces organisations sont entrées en interaction plus fréquemment, grâce à des liens de plus en plus étroits avec d'autres acteurs et des agents institutionnels. Elles ont traduit leurs critiques sous la forme de propositions viables, qui ont contribué à améliorer les programmes d'action dans différents domaines des politiques publiques, en particulier dans la politique de population.

La politique de population doit obligatoirement fonder ses actions sur les aspirations et les demandes des citoyens, sur la base d'une ligne d'action ouverte et démocratique. Il est reconnu que cette exigence requiert la création de conditions effectives, pour promouvoir et faciliter la participation sociale et l'expression de la pluralité idéologique et de croyances, tout en garantissant et en renforçant les mécanismes d'audits citoyens sur les actions publiques. Le Secrétariat général du Conseil national de population (CONAPO) s'est proposé de concevoir et de mettre en œuvre des actions qui permettent de renforcer et d'institutionnaliser les espaces de discussion et de collaboration avec les organisations de la société civile.

En outre, afin de favoriser la collaboration, entre les institutions gouvernementales et les organisations de la société civile, dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de population au niveau des états, la participation et la collaboration des organisations de la société civile et des centres de recherche ont été promues, dans l'application des ressources issues de la coopération multilatérale, selon les priorités de la politique de population au niveau local.

Dans le cadre du « *Programa de País 1997-2001* » (Programme de pays 1997/2001), sur un total de 34 projets mis en œuvre, sept ont été exécutés directement par des ONG. Ces expériences ont permis le développement de modèles innovateurs, pour une prise en charge plus efficiente et pertinente, au niveau social et culturel, des groupes de la population le plus en retard en termes de soins de santé de la reproduction. C'est le cas des populations autochtones, des ouvrières agricoles (journalières) et des jeunes. En même temps, ces expériences cherchaient à renforcer l'intégration de la perspective de

genre, dans les programmes institutionnels de santé de la reproduction, la promotion de l'exercice et la protection des droits reproductifs, ainsi qu'un meilleur positionnement de ces questions dans l'agenda national. En outre, 15 instances de la société civile et du monde universitaire ont collaboré avec les organismes gouvernementaux à différentes étapes des projets institutionnels, parmi lesquelles se dégagent CIMAC, MEXFAM, AMSS, CORA, CORIAC, le Comité pour une maternité sans risques, le CRIM/UNAM et le Centre d'études de population de l'Université autonome de l'état d'Hidalgo.

2.5 Conclusions

Le Mexique est un pays qui a été attentif aux changements démographiques qui ont eu lieu dans sa trajectoire historique, en répondant opportunément aux défis dérivés de ceux-ci dans le secteur privé, mais avec plus d'intensité et de ressources dans le secteur public. Depuis 1974, plusieurs des études qui ont été réalisées se sont basées principalement sur des enquêtes par sondage chez les ménages, alors que d'autres ont été effectuées sur ces mêmes fondements, mais avec différentes approches conceptuelles. Au début de la mise en œuvre des programmes de planification familiale, les systèmes d'information (principalement des institutions de santé) ont été une source essentielle dans le processus d'évaluation et de programmation des activités mises en œuvre. Désormais, les enquêtes de ménages, les recensements et les statistiques démographiques représentent des sources fondamentales d'information sur le sujet.

Au début de la mise en place de la planification familiale au Mexique (qui répondait à des niveaux élevés de fécondité), les services étaient destinés aux femmes les plus âgées, qui avaient déjà atteint une taille désirée pour leur famille, et avec la demande de contraception la plus élevée. L'effet de ces actions a été très important, et actuellement le taux de fécondité totale dans notre pays se situe près des niveaux de remplacement.

Les activités de communication et d'information ont été réalisées avec moins de continuité et leur évaluation a été très déficiente. L'effet de ces actions sur les changements d'attitude de la population demeure très incertain.

Enfin, comme il a déjà été signalé, la population la moins prise en charge a été celle des adolescents, chez qui persistent de hauts niveaux de fécondité. D'un côté, il n'a pas été

mené de recherches sur de possibles stratégies pour prendre en charge les besoins de cette population. D'un autre côté, des attitudes très conservatrices prévalent au sein des secteurs publics et privés. Celles-ci constituent des obstacles dans la mise en œuvre d'activités efficaces.

Nous pouvons affirmer que, face aux besoins en termes de services de santé sexuelle et de la reproduction des jeunes, l'action de l'État a été très pauvre et très lente. Depuis la fin des années 70 au Mexique, une série de programmes gouvernementaux d'ordre fédéral et des états ont été élaborés en direction de ce groupe de la population. L'adolescence a été considérée en tant que groupe prioritaire, de façon explicite, depuis le premier Plan national de planification familiale jusqu'au récent Programme de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents. Cependant, l'évolution que nous montrent les données disponibles, à la différence des groupes d'âge plus avancés, ne paraît pas concorder avec cette histoire institutionnelle. Il convient de souligner qu'un indicateur illustre cet écart : parmi les femmes qui sont nées autour de l'année 1954 (qui aujourd'hui ont plus ou moins 58 ans), 39% d'entre elles avaient déjà eu un enfant à l'âge de 19 ans, alors que parmi les femmes nées 35 ans plus tard (en 1989), et qui maintenant ont 29 ans, 33% d'entre elles avaient eu un premier enfant au même âge.

La diminution de 39% à 33% n'est pas négligeable, mais au cours de cette trentaine d'années le pays a connu de forts changements, par exemple quant à une plus haute scolarisation et un affaiblissement du poids de la ruralité. Ces deux variables sont intrinsèquement associées à la fécondité.

Ce qui en principe peut être affirmé sur la base de cet indicateur, entre autres, c'est que d'abord l'amélioration de la santé reproductive des adolescentes n'a pas été substantielle, et qu'ensuite nous pouvons discuter jusqu'à quel point cette amélioration peut être due à une réponse institutionnelle et dans quelle mesure cette évolution est liée à d'autres variables socio-économiques.

La période prise en compte est très étendue, puisqu'il s'agit de femmes qui ont eu leur premier enfant aux alentours de 1973 et les autres de 2009. Pendant ce laps de temps, en premier lieu le Mexique a connu une décennie sans impact du VIH/SIDA, puis son apparition et la croissance dramatique de l'épidémie, et plus récemment le début du déclin de son incidence chaque année.

Devant ce panorama, nous pouvons nous demander ce qui a limité les changements chez les plus jeunes, à la différence de beaucoup de succès significatifs dans le secteur de la santé et de l'éducation.

Il est important de relever un de ces obstacles en particulier, lequel paraît avoir été le détonateur de beaucoup d'autres. À la différence de ce qu'il survient dans d'autres domaines de la santé, celui-ci est lié à la sexualité des jeunes et surtout des jeunes filles, et renvoie à un contenu idéologique très fort.

Cette caractéristique rend difficiles les accords au sujet de la manière selon laquelle il faudrait agir.

En principe, il paraîtrait y avoir un consensus autour de ce qui devrait être fait pour essayer de diminuer l'incidence des infections de transmission sexuelle et les grossesses non désirées à l'adolescence. Mais il est difficile de trouver un consensus au sujet de comment agir, dans la mesure où il persiste une réprobation et une négation au sujet des relations sexuelles entre les jeunes en dehors d'une union conjugale. C'est du moins notre hypothèse. Dans cette optique, notons que cette désapprobation est partagée par une grande partie de la population. Même chez les jeunes, les données disponibles montrent qu'une majorité considère de manière négative les relations sexuelles dans la jeunesse (ce qui n'empêche pas non plus qu'ils les réalisent : cette idée va dans le sens du renforcement d'un sentiment de culpabilité, qui constitue un facteur central de risque).

Toutefois, il convient aussi de noter que les actions de promotion de la santé, qui doivent faire face à cette situation, connaissent des difficultés en raison de la persistance active de groupes radicaux qui maintiennent de façon publique leur rejet de la sexualité.

Il a donc eu un contexte hostile à la promotion de pratiques préventives et à la prestation de services. Qui plus est, il y a une hostilité face à la promotion de la reconnaissance d'une sexualité épanouie (saine, responsable et avec l'information et l'orientation nécessaire), laquelle est un droit humain qui n'exclut pas les jeunes. Cela s'explique par le manque de cohérence, et occasionnellement par l'absence d'une action gouvernementale (ce serait le cas pour la Basse-Californie).

Les organisations de la société civile ont joué plusieurs rôles cruciaux. L'un d'eux est celui d'un observatoire critique, qui peut favoriser l'existence et la continuité des actions gouvernementales.

En guise de propositions, nous pouvons souligner la tâche prioritaire de la formation professionnelle des professeurs qui interviennent dans les derniers cycles d'éducation primaire et secondaire, en vue d'enseigner des contenus liés à l'éducation sexuelle. Les livres en la matière sont de bonne qualité, en dépit du fait que différentes études, qui ont évalué la manière d'enseigner ces thèmes, montrent que les professeurs ne possèdent pas les compétences suffisantes pour réaliser cette tâche et que certains parviennent à l'éviter. Les adolescents se rendent peu fréquemment aux lieux de prestation des services de santé, d'où le besoin d'un meilleur approvisionnement de ceux-ci en termes de distribution de moyens de contraception. On a observé que l'adolescent ne revient pas à la seconde visite médicale. Ainsi, les problèmes doivent se résoudre au moment où celui-ci prend la décision d'être reçu et se présente auprès des services de santé. Le manque de produits spécifiques touche la plupart des adolescents. En particulier, il doit y avoir un bon approvisionnement des services de santé en matière de pilules contraceptives.

CHAPITRE 3

FECONDITE

3.1 Caractéristiques générales des enquêtées

L'objectif de ce chapitre est de présenter les caractéristiques des femmes interrogées lors de l'Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents, menée en Basse-Californie en 2006, en s'appuyant sur les variables indépendantes, pour lesquelles l'existence potentielle d'une association avec leur comportement sexuel et reproductif avait été avancée, grâce à des analyses précédemment réalisées et au cadre théorique d'études consultées pour cette recherche.

La population objet de cette étude est un groupe de femmes entre 18 et 29 ans, résidant régulièrement en Basse-Californie, jusqu'à la moitié de l'année 2006. Au sein de cette population, près d'un quart d'entre elles étaient encore adolescentes, c'est-à-dire âgées de 18 et 19 ans, alors que près de 38% se trouvaient respectivement dans les groupes d'âge de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans (Tableau 3-1.1).

TABLEAU 3-1.1

**REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES PAR GROUPES D'ÂGE
EN BASSE-CALIFORNIE, 2006**

ÂGE	FEMMES
18/19	24,3
20/24	37,8
25/29	38,0
Total	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Le principal lieu de socialisation de ces femmes est la zone urbaine, puisque 81,5% d'entre elles déclarent avoir vécu dans une ville la majeure partie du temps avant leurs 12 ans. D'autre part, 15,1% ont grandi dans un village (*pueblo*) et seulement 3,4% dans un hameau (*rancho*), c'est-à-dire, dans le sens strict du terme, ce que l'on pourrait appeler une zone rurale (Tableau 3-1.2).

TABLEAU 3-1.2

**REPARTITION EN POURCENTAGE SELON LE LIEU DANS LEQUEL
LES PERSONNES INTERROGEES ONT LE PLUS LONGTEMPS VECU
AVANT L'AGE DE 12 ANS**

LIEU DE RÉSIDENCE	FEMMES
Hameau	3,4
Village	15,1
Ville	81,5
Total	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Comme il a été précisé plus haut, la condition migratoire est considérée comme une variable d'extrême importance pour comprendre les différences concernant le comportement sexuel et reproductif de la population étudiée dans une entité fédérée frontalière telle que la Basse-Californie. 40% des femmes interrogées étaient originaires d'un autre état, autrement dit, il s'agissait d'immigrées, alors qu'un peu plus de 60% étaient nées dans l'entité étudiée (Tableau 3-1.3).

TABLEAU 3-1.3**REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LEUR ENTITE DE NAISSANCE**

ENTITÉ DE NAISSANCE	FEMMES
Basse-Californie	61,1
Autre entité	37,9
Sinaloa	7,6
Sonora	4,2
Jalisco	3,2
Michoacán	2,9
Nayarit	2,4
Chiapas	2,0
Oaxaca	1,6
District fédéral	1,6
Reste du pays	12,3
Autre pays	1,0
Total	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Les principales entités fédérées d'origine des immigrées correspondent aux états du nord-ouest et de du pays ; de toutes les femmes interrogées non originaires de Basse-Californie, un cinquième est né dans l'état de Sinaloa, 11,1% de Sonora, 8,4% de Jalisco, 7,7% de Michoacán et 6,3% de Nayarit. On observe également des courants migratoires en provenance des états du sud, y compris le District fédéral. En effet, 13,8% des immigrés proviennent ainsi du Chiapas, d'Oaxaca et du District fédéral (estimations réalisées en se basant sur le tableau 3-1.3).

Si l'on répartit par régions ces entités fédérées, on se rend compte que 13% des résidentes de Basse-Californie, au moment de l'enquête, provenaient du nord-ouest du pays, 9,2% de l'occident, 6,6% du sud, 2,9% du centre et 7,2% d'autres entités fédérées (Tableau 3-1.4). En incluant les états de Durango et Guerrero, au total 56,6% des immigrées provenaient du nord-ouest et de l'ouest du pays et 17,5% des états du sud : Chiapas, Guerrero, Oaxaca et le District fédéral. Il faut également souligner qu'un quart des jeunes résidentes de Basse-Californie, nées dans un autre état, sont originaires d'entités fédérées non mentionnées précédemment, mais qui n'atteignent pas un poids important dans la population objet de l'étude. Cette donnée est importante, puisqu'elle vient illustrer le haut degré d'hétérogénéité culturelle présente en Basse-Californie, et comment cette situation de fait rend difficile l'interprétation du comportement de la population étudiée pour le thème qui nous intéresse.

TABLEAU 3-1.4

**REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON
LEUR LIEU DE NAISSANCE ET LEUR GROUPE D'ÂGE**

AGE	BASSE- CALIFORNIE	NORD- OUEST	OCCIDENT	SUD	CENTRE	AUTRES ENTITÉS FÉDÉRÉES	TOTAL
18/19	71,4	9,2	6,5	4,9	2,4	5,6	100,0
20/24	64,1	11,1	9,5	7,4	2,9	5,0	100,0
25/29	51,4	17,3	10,6	6,9	3,4	10,4	100,0
Total	61,1	13,0	9,2	6,6	2,9	7,2	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

D'autre part, le pourcentage de femmes interrogées, originaires de Basse-Californie, baisse alors que l'âge augmente. Un peu plus de la moitié des jeunes, ayant entre 25 et 29 ans, étaient nées dans l'état. Ce pourcentage s'élève de 20 points en ce qui concerne les adolescentes de 18 et 19 ans, groupe d'âge dans lequel 71,4% sont natives de Basse-Californie. La tendance relevée montre que plus l'âge augmente, plus la proportion d'immigrées est importante. Dans la catégorie des immigrées, l'importance des lieux de

provenance est similaire dans les différents groupes d'âge ; plus de 30% sont originaires de la région du nord-ouest du pays, plus de 20% de l'ouest, près de 8% du centre et, enfin, la région du sud est de plus en plus présente dans le groupe des immigrées. On observe une plus grande participation de cette région dans la formation du groupe des non originaires, conformément à la diminution de l'âge.

La durée de résidence dans l'entité est un autre aspect lié au degré d'adaptation et d'acculturation des immigrées à la manière de vivre en Basse-Californie. 43,1% des jeunes femmes non natives sont arrivées dans l'état durant les 6 années précédentes à l'enquête (entre 2000 et 2006) et deux tiers sont arrivées durant les 10 années précédentes (Tableau 3-1.5). Il est important de souligner que presque un quart des non originaires dans le groupe d'âge des adolescentes vivaient depuis moins de deux ans en Basse-Californie.

TABLEAU 3-1.5

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON ORIGINAIRES DE BASSE-CALIFORNIE SELON LEUR ANNEE D'ARRIVEE DANS L'ETAT				
	18/19	20/24	25/29	TOTAL
Avant 1980	0,0	0,0	2,0	0,9
1980/1984	0,0	3,3	8,4	5,0
1985/1989	14,3	16,5	11,9	14,0
1990/1994	12,5	13,7	13,7	14,0
1995/1999	20,7	20,5	26,7	23,0
2000	11,7	11,4	9,1	10,4
2001	3,4	4,5	4,0	4,1
2002	3,0	2,6	4,4	3,5
2003	5,1	5,3	3,4	4,4
2004	6,3	9,0	6,8	7,5
2005	14,8	7,3	5,5	7,8
2006	8,2	5,9	4,1	5,4
Total	17,4	36,9	45,7	100,0
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie</i> (2006).				

La Basse-Californie est un état frontalier du pays se différenciant du reste des états partageant cette caractéristique par le fait que la majeure partie de sa population vit dans des municipes se trouvant sur la frontière avec les Etats-Unis. Des 3 155 070 habitants de l'état, comptabilisés par le Recensement de population et logement de 2010, un peu moins de la moitié vit à Tijuana, alors qu'à Tecate et Mexicali, qui possèdent la même caractéristique, résident respectivement 3,2% et 29,7% de la population. Quant à Playas del Rosario et Ensenada, se trouvant à moins d'une heure (100 km) de la ligne frontalière, sont regroupés respectivement 2,9% et 14,8% des habitants de l'état. En définitive, plus de 80% de la population de Basse-Californie réside, au sens strict du terme, à la frontière et l'ensemble de la population y a facilement accès (Recensement

de population et de logement 2010, INEGI). L'échange dans le domaine social, culturel et économique est notable.

Afin de mesurer plus précisément le contact avec la culture nord-américaine, on a demandé aux personnes interrogées si elles avaient déjà obtenu un visa pour traverser la frontière de ce pays. Il est surprenant de voir que, selon les résultats de l'enquête, 37,2% des femmes seulement avaient eu ce document en leur possession, c'est-à-dire que près des deux tiers de ces jeunes femmes de Basse-Californie ne s'étaient jamais rendues, tout au moins de manière légale, dans le pays voisin du nord. Les pourcentages sont très similaires dans les différents groupes d'âge (Tableau 3-1.6). Lorsqu'une jeune personne n'est pas mariée et/ou sans un emploi stable, le visa, dans la plupart des cas, lui est refusé pour éviter que la traversée n'ait pour objectif la recherche d'un emploi aux États-Unis et, par voie de conséquence, mène à l'installation dans ce pays. Somme toute, beaucoup de jeunes vivent maintenant illégalement en Californie, après avoir traversé la frontière de cette manière (sans papiers).

TABLEAU 3-1.6

**REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON L'OBTENTION
DU VISA POUR SE RENDRE AUX USA, PAR GROUPES D'ÂGE**

ÂGE	OBTENTION DU VISA	NON OBTENTION DU VISA	TOTAL
18/19	36,2	63,8	100
20/24	36,2	63,8	100
25/29	38,7	61,3	100
Total	37,2	62,8	100

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Dans le même but, on a demandé aux jeunes filles interrogées « si elles préféraient le mode de vie mexicain ou celui des États-Unis », ce à quoi un peu plus de la moitié d'entre elles ont répondu que le mexicain, presque un quart celui du pays voisin et quant au dernier quart les deux leur convenaient. Dans cette catégorie sont incluses les femmes n'ayant pas pu exprimer leur préférence pour l'un des deux pays (Tableau 3-

1.7). Il est impossible d'identifier un modèle clair de comportement pour cette variable selon l'âge, peut-être existe-t-il une ambivalence moins marquée dans le groupe des plus âgés (25 à 29 ans). 17,1% d'entre elles n'ont pu choisir entre l'un des deux modes de vie proposés, alors que cette valeur atteint les 30% pour les deux groupes d'âge plus jeunes.

TABLEAU 3-1.7

REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR GROUPES D'ÂGE DES FEMMES QUI ONT VECU AUX ÉTATS-UNIS, SELON LEURS PRÉFÉRENCES POUR LA FORME DE VIE DU MEXIQUE OU DE CE PAYS

MODE DE VIE DU MEXIQUE OU DES ÉTATS-UNIS				
ÂGE	MEXIQUE	ÉTATS-UNIS	LES DEUX	TOTAL
18/19	56,2	13,0	30,8	100,0
20/24	43,2	26,8	30,0	100,0
25/29	57,7	25,2	17,1	100,0
Total	51,9	23,8	24,3	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Enfin, nous avons demandé lors des entretiens aux jeunes femmes qui avaient vécu aux États-Unis si elles aimeraient y vivre, ce à quoi un quart des personnes interrogées ont répondu de manière affirmative. Dans le cas de cette variable, le comportement par groupes d'âge est homogène (Tableau 3-1.8).

TABLEAU 3-1.8

REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR GROUPES D'ÂGE DES FEMMES SELON LEUR DESIR DE VIVRE AUX ÉTATS-UNIS

AGE	OUI, ELLE AIMERAIT Y VIVRE	NON, ELLE N'AIMERAIT PAS Y VIVRE	TOTAL
18/19	24,6	75,4	100,0
20/24	24,7	75,3	100,0
25/29	24,6	75,4	100,0
Total	24,6	75,4	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Dans le vaste champ des variables socio-économiques, la scolarité a démontré être fortement liée au comportement sexuel et reproductif des différents groupes de population, comme le confirment de multiples recherches. Cela explique qu'elle est retenue ici parmi les variables indépendantes de cette étude. Le tableau 3-1.9 présente les résultats concernant la scolarité des adolescentes et jeunes femmes interrogées. Le choix des catégories est dû au faible pourcentage d'adolescentes n'ayant pas achevé les études secondaires. Les résultats montrent que seulement 17,8% des personnes interrogées n'avaient pas terminé le niveau collège, 31,2% l'ont fini, près d'un tiers d'entre elles avaient fait au moins une année d'étude au niveau lycée et, enfin, 18,6% avaient suivi au moins un an d'études supérieures⁴. Le groupe d'âge des 25/29 ans possède un niveau de scolarité plus bas que les générations plus jeunes. En d'autres termes, la scolarité dans ce groupe de femmes de Basse-Californie est allée en augmentant génération après génération⁵. Il faut souligner le changement important observé entre les jeunes femmes de 25 à 29 ans et celles entre 20 et 24 ans. Il est intéressant de remarquer que les chiffres et la tendance entre groupes d'âge sont très proches de ceux observés lors du Recensement de population et de logement de 2010.

⁴ Les catégories de scolarité retenues sont les suivantes. Catégorie 1 : au moins une année de primaire, études techniques et commerciales sans collège et collège incomplet ; Catégorie 2 : collège complet et études techniques et commerciales avec collège ; Catégorie 3 : au moins un an de lycée (ou école normale) et moins d'une année d'études supérieures ; Catégorie 4 : au moins une année d'études supérieures.

⁵ Pour le groupe d'âge des 18/19 ans, on ne note pas d'augmentation puisqu'il s'agit d'adolescents qui se trouvent au début de leurs études supérieures.

Au niveau national, les pourcentages de jeunes n'ayant pas fait d'études supérieures étaient de 11,8%, 26,6% et 17,3% pour les groupes d'âge 18/19, 20/24 et 25/29 ans, alors qu'en Basse-Californie pour les mêmes groupes les données étaient respectivement 10%, 27% et 15,9%.

TABLEAU 3-1.9

REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR GROUPES D'ÂGE DES FEMMES SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE

AGE	NIVEAU PRIMAIRE	NIVEAU COLLÈGE	LYCÉE OU SON ÉQUIVALENT	ÉTUDES SUPÉRIEURES	TOTAL
18/19	13,4	22,8	53,8	10,0	100,0
20/24	16,8	30,6	25,6	27,0	100,0
25/29	21,6	37,1	25,4	15,9	100,0
Total	17,8	31,2	32,4	18,6	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

L'appartenance religieuse est aussi une variable sélectionnée que l'on retrouve dans d'autres études de même nature. Les résultats de l'enquête montrent que 78,7% des jeunes femmes se déclarent être catholiques, 9,2% protestantes et 7,9% sans aucune religion (Tableau 3-1.10). La tendance pour les différents groupes d'âge est à peu près la même. On notera seulement un pourcentage légèrement plus élevé de catholiques chez les plus jeunes. Une des limites de cette étude réside dans l'absence de distinction entre catholiques déclarés et pratiquants, ce qui restreint l'analyse.

TABLEAU 3-1.10

REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR GROUPES D'ÂGE DES FEMMES SELON LEUR RELIGION AU MOMENT DE L'ENQUETE

AGE	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES	TOTAL
-----	--------	------------	-------------	--------	-------

18/19	6,9	80,0	8,7	4,4	100,0
20/24	8,3	78,4	9,2	4,1	100,0
25/29	8,2	78,1	9,5	4,2	100,0
Total	7,9	78,7	9,2	4,2	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Dans sa grande majorité, la population du Mexique est catholique, et cela depuis l'époque coloniale. Actuellement la plupart des Mexicains continuent de pratiquer la foi catholique, même s'il est possible d'identifier un changement frappant dans le profil religieux de notre pays. L'un des signes de celui-ci est la baisse constante du pourcentage de population catholique : 88 % de la population se déclare catholique selon le recensement de 2000 ; il y a 30 ans il s'agissait de 96,2% de la population et de 98,2% un demi-siècle auparavant. Autrement dit, en 50 ans, le catholicisme au Mexique a reculé de 10 points.

Il faut également s'arrêter sur la modalité selon laquelle ces changements ont eu lieu dans les différentes entités fédérées du pays. L'accroissement de la diversité religieuse ne s'est pas réalisé de manière homogène sur tout le territoire national. Par exemple, dans l'état du Chiapas, 63,8% seulement de la population se déclarent catholiques contre 81,5% en Basse-Californie (Recensement de 2000). Sur la carte, en prenant en compte le pourcentage de catholiques, le pays peut être divisé en trois grandes régions, du plus bas degré de catholicité au plus haut : la frontière sud, la frontière nord et le centre du pays. Si les niveaux relevés en 2000 avaient prévalu en 2006, le groupe d'âge pris en compte dans l'étude présenterait un degré de catholicité un peu en dessous de celui de la population totale de l'état.

Bien que les variables ci-dessous ne soient pas liées aux variables dépendantes principales, leur présence dans cette section permet de fournir une meilleure caractérisation de la population objet de cette étude. Dans le domaine économique, l'enquête a démontré que 7 femmes sur 10 interrogées avaient déjà travaillé ; 78,4% d'entre elles avaient commencé leur vie professionnelle pendant l'adolescence, 20,4% entre 20 et 24 ans et 1,7% seulement entre 25 et 29 ans (Tableau 3-1.12). Lors de

l'enquête, 45,1% avaient un travail, 11,9% étaient scolarisées, 14,5 étaient femmes au foyer, 0,8 seulement cherchaient un emploi, 0,5 étaient déclarées inaptes au travail de manière permanente, alors que le reste (27,4%) ne travaillait pas (Tableau 3-1.13).

TABLEAU 3-1.11

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON SI ELLES ONT DEJA TRAVAILLE OU PAS EN ECHANGE D'UN SALAIRE EN ARGENT OU EN NATURE

AYANT DEJA TRAVAILLE EN ECHANGE D'UN SALAIRE EN ARGENT OU EN NATURE		FEMMES
Oui		70,7
Non		29,3
Total		100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 3-1.12

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON L'AGE DU DEBUT DE LA VIE PROFESSIONNELLE

AGE DE DEBUT DE LA VIE PROFESSIONNELLE	FEMMES
Avant 12 ans	2,3
12	2,2
13	1,9
14	3,6
15	7,9
16	13,5
17	14,2
18	22,1
19	10,6
20 / 24	20,0
25 / 29	1,7
Total	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 3-1.13

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LEUR CONDITION D'ACTIVITE

CONDITION D'ACTIVITÉ	FEMMES
Travaillait	44,6
Ne travaillait pas, mais avait un travail	0,5
Était inapte au travail de manière temporaire	0,3
Cherchait du travail	0,8
Était scolarisée	11,9

Femme au foyer	14,5
N'était pas en condition de travailler	0,2
Ne travaillait pas	27,4
Total	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

D'autre part, près de 60% des jeunes femmes interrogées ne vivaient pas en couple. Les pourcentages varient selon les groupes d'âge : 83% des adolescentes se trouvaient dans cette situation, 67,2% des 20/24 ans et un peu moins de 38% pour les 25/29 ans (Tableau 3-1.14).

TABLEAU 3-1.14

REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR GROUPES D'ÂGE DES FEMMES SELON SI ELLES SONT EN COUPLE ET VIVENT AVEC CETTE PERSONNE				
ETANT EN COUPLE ET VIVANT AVEC CETTE PERSONNE	GROUPE D'ÂGE			TOTAL
	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS	
Oui	17,3	32,8	62,4	40,3
Non	82,7	67,2	37,6	59,7

Total	100,0	100,0	100,0	100,0
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Les données présentées montrent une forte présence d'adolescents et jeunes migrants, ainsi que leurs principaux lieux d'origine. D'autre part, elles montrent le degré de contact qui existe avec les États-Unis. Ces variables ont été choisies en prenant en compte que le cadre conceptuel du présent travail possède comme objectif l'exploration de la relation entre migration et fécondité. Cependant, les variables socio-économiques considérées sont celles qui possèdent une certaine influence sur la fécondité adolescente, selon la littérature en la matière.

Ainsi, pour les trois groupes d'âge analysés, les mères de près de 40% de la population interviewée avaient eu leur premier enfant à l'adolescence. Il s'agit d'un pourcentage similaire après cette étape, et près d'un quart d'entre elles ne connaissait pas l'âge de leurs mères au moment d'avoir eu leur premier enfant (Tableau 3-1.15).

TABLEAU 3-1.15

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES INTERROGÉES SELON L'ÂGE DE LEUR MÈRE À LA NAISSANCE DE SON PREMIER ENFANT, PAR GROUPE D'ÂGE

	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS	TOTAL
Avant 20 ans	38,7	35,1	37,5	36,9
20 ans ou plus	34,8	39,5	37,0	37,4
Ne sait pas	26,5	25,4	25,5	25,7

Total	100,0	100,0	100,0	100,0
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

3.2 Grossesse et fécondité

Cette section examine le comportement reproductif des jeunes femmes interrogées dans l'Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006), à partir d'une analyse basée sur l'indicateur de l'âge auquel ces femmes avaient eu une grossesse et son association avec les variables indépendantes choisies. Les indicateurs généraux sur la parité des jeunes femmes sont intégrés dans l'analyse et nous présentons des estimations des taux de grossesse et de fécondité selon les données de cette enquête.

La première grossesse se produit de façon précoce chez les jeunes femmes de Basse-Californie ; à l'âge de 17 ans, entre 11,5% et 14,4% d'entre elles avaient déjà eu une grossesse pour les trois groupes d'âge considérés (Tableau 3-2.1). Au niveau national, Carlos Welti a constaté que parmi les femmes qui résidaient dans le pays en 2003, en comparaison avec celles qui sont nées entre 1979 et 1983, 15,5% avaient déjà eu un premier enfant à 17 ans (Welti, 2007). Selon ces informations, la Basse-Californie représenterait, en 2006, une entité fédérée où le début de la fécondité serait un peu reporté par rapport au niveau national ; en particulier si l'on tient compte du fait que toutes les grossesses n'aboutissent pas à une naissance vivante. Cependant, il est important de noter que les femmes de l'étude en Basse-Californie sont classées dans un groupe d'âge plus vaste, comprenant les femmes entre 18 et 29 ans (nées entre 1977 et 1988). Il s'agit d'un groupe qui inclut des femmes appartenant à des générations plus jeunes et l'on observe une certaine augmentation de l'âge des femmes à la naissance du premier enfant, ce qui coïnciderait avec les affirmations de l'auteur susmentionné.

TABLEAU 3-2.1

POURCENTAGE DES FEMMES QUI A UN CERTAIN AGE ONT DÉJÀ CONNU UNE PREMIÈRE GROSSESSE

AGE	18À19 ANS	20À24 ANS	25À29 ANS
------------	------------------	------------------	------------------

	ADO.2 006			ENADID 2009			ADO.2 006			ENADID 2009		
	B.C.	B.C.	MEX.	B.C.	B.C.	MEX.	B.C.	B.C.	MEX.	B.C.	B.C.	MEX.
13	1,3	0,0	0,3	0,2	0,2	0,5	0,3	0,4	0,6			
14	2,6	0,8	1,5	0,8	1,2	1,3	1,2	0,6	1,7			
15	4,1	3,6	3,6	2,5	2,8	3,6	4,3	3,0	4,0			
16	7,5	5,1	8,1	6,2	6,0	7,9	8,1	8,3	9,3			
17	11,9	14,4	14,8	11,5	12,5	14,0	14,4	15,0	16,8			
18				18,6	21,2	21,7	19,9	26,6	25,3			
19				25,7	28,9	29,4	29,1	36,7	32,9			
20							36,6	43,8	41,7			
21							44,1	50,3	48,0			
22							50,4	55,7	53,4			
23							57,1	59,0	58,2			
24							62,3	63,2	62,4			

LEGENDE : B.C.= Basse-Californie / Mex.= Mexique. SOURCES : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006) et ENADID (2009).

Parmi les jeunes femmes interrogées qui avaient entre 20 et 24 ans et entre 25 et 29 ans au moment de l'enquête, 25,7% et 29,1% ont connu respectivement leur première grossesse pendant l'adolescence, surtout à 18 ou 19 ans.

Si l'on compare ces données avec les informations analysées dans la section précédente, pour les trois groupes d'âge des jeunes femmes interrogées sur le début de leur activité sexuelle, on observe que la part d'entre elles qui a commencé cette activité pendant l'adolescence représente plus du double de la part de celles qui ont eu leur première grossesse à cette période. À partir de cette analyse, on peut supposer, de façon hypothétique, qu'une part de ces femmes se protège pendant leurs premiers rapports sexuels, que la grossesse a abouti à un avortement ou qu'une grossesse n'a pas eu lieu.

En outre, les données de l'Enquête nationale de la dynamique démographique (ENADID) menée en 2009 ont été incorporées dans le tableau 3-2.1, aussi bien pour la Basse-Californie qu'au niveau national. Si l'on compare les sources d'information de 2006 et de 2009, on peut affirmer que, d'une façon générale, il y a une congruence acceptable entre elles. La valeur de l'indicateur montre de plus grandes différences au sein du groupe d'âge des femmes entre 25 à 29 ans, et à partir de 18 ans. À cet âge, il y a près de sept points de différence entre les données fournies par les deux sources ; la valeur estimée par l'ENADID en 2009 est supérieure à celle dérivée de l'Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006). Selon l'ENADID, 36,7% des jeunes femmes entre 25 et 29 ans en 2009 ont connu une première grossesse, alors que la principale source utilisée dans cette étude estime ce pourcentage à un niveau de 29,1%. Cela peut signifier une diminution de l'âge à la première grossesse entre 2006 et 2009, ou bien des différences attribuables aux intervalles de variation entre les deux sources de données.

D'un autre côté, la part des jeunes femmes interrogées qui ont déjà eu un enfant né vivant au moment de l'enquête est respectivement de 68,1%, 38,1% et 17% pour les groupes d'âge de 25 à 29 ans, de 20 à 24 ans et de 18 à 19 ans (Tableau 3-2.2).

TABLEAU 3-2.2

**REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT EU
AU MOINS UN ENFANT NE VIVANT, PAR GROUPES D'ÂGE**

AGE	OUI	NON	TOTAL
18à19 ans	17,0	83,0	100,0
20à24 ans	38,1	61,9	100,0
25à29 ans	68,1	31,9	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

À la question directe qui vise à savoir si la première grossesse avait abouti à un avortement, 5,4% des femmes ont répondu que oui, 4,8% ont déclaré un avortement spontané et seulement 0,5% une interruption volontaire de grossesse (Tableau 3-2.3).

TABLEAU 3-2.3

**REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES INTERROGEES SELON LE
RESULTAT DE LEUR PREMIERE GROSSESSE**

FEMMES AVEC AU MOINS UN ENFANT NE VIVANT

LA PREMIERE GROSSESSE A ABOUTI A UN AVORTEMENT	%
Non	94,6
Oui	5,4
Spontané	4,8
IVG	0,5
Total	100

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Presque la moitié de toutes les femmes qui ont répondu avoir eu un enfant né vivant n'en ont eu qu'un seul, un tiers en a eu deux et presque 18% en ont eu au moins trois. La parité moyenne est de 1,72 enfant par femme (Tableau 3-2.4). Si les données sont analysées par groupe d'âge, on observe des changements très significatifs parmi les trois groupes d'âge considérés. Presque un quart des adolescentes entre 18 et 19 ans avaient déjà eu deux enfants ou plus, comme c'est le cas parmi plus d'un tiers de celles ayant entre 20 et 24 ans et presque deux tiers de celles du groupe d'âge 25/29 ans.

TABLEAU 3-2.4

**REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES INTERROGEES AVEC AU
MOINS UN ENFANT, SELON LE NOMBRE D'ENFANTS ET PAR GROUPES
D'AGE**

NOMBRE D'ENFANTS	18 À 19 ANS	20 À 24 ANS	25 À 29 ANS	TOTAL
1	76,2	65,7	34,5	49,0
2	19,9	26,1	39,6	33,4
3	3,9	7,7	20,1	14,6
4	0,0	0,5	3,9	2,4
5	0,0	0,0	0,8	0,5
6	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne	1,28	1,43	1,96	1,72

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

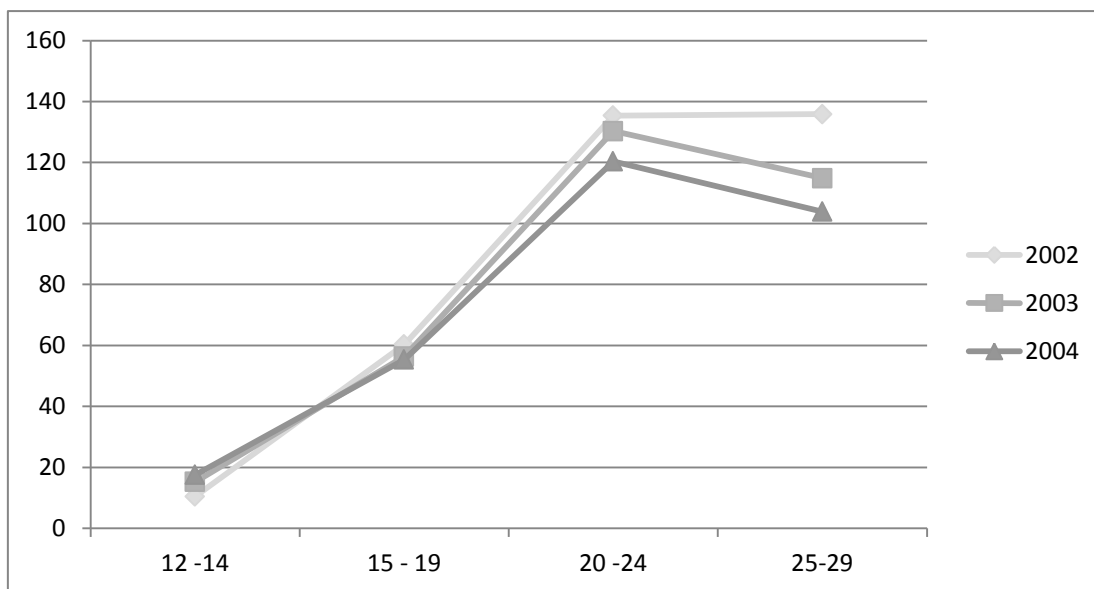
Les tableaux 3-2.5 et 3-2.6 montrent l'évolution des taux de grossesse et de fécondité par groupe d'âge des femmes interrogées dans l'Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006), qui représente la principale source sur laquelle est basé ce travail. Le taux de grossesse a été estimé à 69,2 grossesses pour mille femmes âgées de 15 à 19 ans, pour l'année 2005, selon cette source de données. Malgré les fluctuations, très probablement dues à la taille de l'échantillon, on peut affirmer que le niveau de cet indicateur pour ce groupe d'âge diminue avec le temps, car le taux estimé en 1997 est de 75,5 grossesses pour mille jeunes femmes. Pour les groupes d'âge de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, les valeurs de cet indicateur ont été estimées respectivement à 110,9 et 102,8 pour l'année 2005. On peut également affirmer qu'il y a eu des réductions significatives du taux de grossesse, à la fois pour le groupe d'âge 20/24 ans par rapport à l'année 1997, ainsi que pour le groupe des femmes de 25 à 29 ans par rapport à l'année 2001 (tableau 3-2.5).

TABLEAU 3-2.5

TAUX DE GROSSESSE DES FEMMES ENTRE 12 ET 29 ANS, PAR GROUPES D'ÂGE									
AGE	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
12/14	0	0	16,7	15,8	9,1	4,6	2,9	1,4	0
15/19	69,2	54,1	48,8	72,0	70,6	83,2	72,1	64,5	75,5
20/24	110,9	142,8	126,8	143,1	156,1	138,2	119,4	133,3	161,4
25/29	102,8	104,6	153,8	132,3	179,8				
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie</i> (2006).									

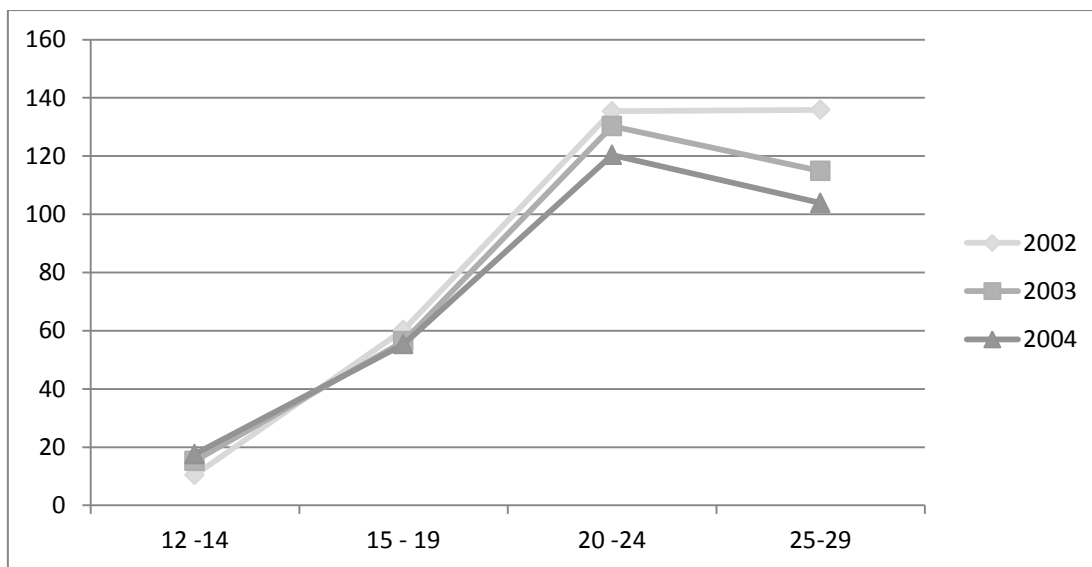
TABLEAU 3-2.6 TAUX DE FECONDITE DES FEMMES DE 12 A 29 ANS, PAR GROUPES D'ÂGE									
AGE	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
12/14	0	0	16,7	15,8	6,7	3,5	0	1,4	0
15/19	69,2	53,1	43,6	69,8	67,9	82,2	69,7	64,5	72,6
20/24	106,7	135,6	121,4	137,5	148,1	130,7	112,5	133,9	156,0
25/29	95,0	95,9	135,4	135,4	154,2				
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie</i> (2006).									

Graphique 3.1. Taux de grossesse chez les femmes de 12 à 29 ans, par groupes d'âge (moyennes triennales)



SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Graphique 3.2. Taux de fécondité chez les femmes de 12 à 29 ans, par groupes d'âge (moyennes triennales)



SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Les taux de fécondité présentent des valeurs égales ou légèrement inférieures aux taux de grossesse. Les estimations qui correspondent à l'année 2005 ont été respectivement de 69,2, 106,7 et 95 naissances pour mille femmes dans les groupes d'âge de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans. Les valeurs de ces indicateurs montrent des diminutions claires et importantes par rapport à 2001, en particulier chez les jeunes femmes âgées de 20 ans et plus.

Les données utilisées par le CONAPO pour les *Projections de Population 2005/2050* estiment, dans le cas de la Basse-Californie, des taux respectifs de 88 et 60 naissances pour mille femmes âgées de 15 à 19 ans respectivement en 1997 et en 2006. Cette dernière valeur est inférieure à celle estimée par l'Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie pour 2005 (69,2 pour mille).

Si l'on compare ce taux de fécondité du groupe d'âge de 15 à 19 ans avec celui estimé par l'ENADID 2006, on observe qu'il montre un niveau supérieur à celui-ci. L'ENADID estime en effet un taux de fécondité de 60 naissances pour mille femmes pour 2006. Si l'on pense que l'enquête réalisée en Basse-Californie est plus précise que l'ENADID, la fécondité des adolescentes dans cet état serait inférieure à celle estimée à travers de l'ENADID pour les états du Chiapas et du Guerrero (elles montrent un niveau de 72 naissances pour mille femmes âgées de 15 à 19 ans). Il est important de noter que

les estimations font référence à deux années différentes (2005 et 2006). Il est donc nécessaire de rechercher comment le taux pour 2006 a été estimé par l'ENADID.

Dans le tableau 3-2.7, nous pouvons observer que les femmes nées en Basse-Californie ont commencé leur vie reproductive (avec une première grossesse) plus tard que les femmes nonoriginaires de l'état péninsulaire. L'indicateur analysé pour les adolescentes interrogées marque une différence de plus de dix points. En effet, 8,6% des femmes originaires de Basse-Californie ont connu leur première grossesse à l'âge de dix-huit ans, alors que chez les femmes originaires d'autres états, le taux est doublé pour le même groupe d'âge : 19,5% des adolescentes immigrées (presque une sur cinq) ont vécu cet événement avant leur 18^{ème} anniversaire.

TABLEAU 3-2.7

POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE, PAR GROUPES D'AGE.

AGE	18À19 ANS		20À24 ANS		25À29 ANS	
OriginairedesBasse-Californie	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
13	0,6	2,9	0,1	0,2	0,4	0,2
14	1,1	6,1	0,9	0,7	1,1	1,3
15	1,7	9,9	2,1	3,2	4,5	4,1
16	4,5	14,3	4,5	8,6	7,1	9,0
17	8,6	19,5	8,7	15,6	13,1	15,7
18			15,0	23,9	17,0	22,6
19			23,2	29,4	25,3	32,7
20					32,8	40,2
21					39,7	48,3
22					44,9	55,7
23					50,6	63,2
24					55,9	68,4

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Chez les jeunes femmes interrogées entre 20 et 24 ans, 23,2% de celles qui sont originaires de Basse-Californie, et 29,4% de celles qui ne le sont pas, ont connu une première grossesse pendant l'adolescence. Pour le groupe d'âge 25/29 ans, les pourcentages sont de 25,3% et 32,7% respectivement. En général, on observe une légère tendance à reporter l'âge de la première grossesse chez les jeunes femmes originaires de Basse-Californie. En effet, la part de celles qui ont déjà eu une grossesse montre une légère diminution chez les femmes originaires de cet état, mais ce n'est pas le cas chez celles qui n'y sont pas nées (tableau 3-2.7).

Le fait d'avoir obtenu ou pas de visa pour aller aux États-Unis traduit des différences importantes au niveau de l'indicateur analysé (Tableau 3-2.8). 15,6% des adolescentes qui n'ont jamais eu de visa ont connu leur première grossesse avant 18 ans, tandis que

ce taux s'élevait seulement à 2% chez celles qui avaient obtenu ce document. Environ un tiers des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans qui n'avaient pas eu de visa ont connu leur première grossesse pendant l'adolescence. Les chiffres observés pour cet indicateur s'élevaient à 13,6% et à 19,8% pour les jeunes femmes avec un visa, âgées respectivement de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans.

TABLEAU 3-2.8

POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON L'OBTENTION OU NON DE VISA POUR ALLER AUX ETATS-UNIS, PAR GROUPES D'AGE

AGE	18/19 ANS		20/24ANS		25/29ANS	
VISA	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
13	0,0	2,0	0,0	0,3	0,8	0,0
14	0,5	3,8	0,6	0,9	1,0	1,1
15	0,0	6,2	0,9	3,5	3,1	5,0
16	2,8	9,8	1,5	8,8	5,5	9,7
17	2,0	5,6	4,0	15,7	10,7	16,8
18			9,9	23,5	14,0	23,5
19			13,6	32,6	19,8	34,8
20					27,0	42,5
21					33,6	50,6
22					41,0	56,4
23					49,0	62,1
24					55,6	66,4

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Le fait qu'une jeune femme préfère le mode de vie du Mexique est associé à un début plus précoce de la reproduction (Tableau 3-2.9). Si l'on analyse les données des groupes d'âge les plus jeunes, on observe qu'à 17 ans 18% des jeunes femmes de 18 et 19 ans au moment de l'enquête, et qui n'ont pas exprimé cette préférence, avaient déjà connu une

grossesse, alors qu'aucune n'avait connu de grossesse parmi celles qui ont déclaré aimer davantage la vie aux États-Unis d'Amérique (USA). En ce qui concerne les femmes de 20 à 24 ans, les pourcentages respectifs qui correspondent à cette situation sont de 37,6% et 15,7%. Nous pouvons affirmer que pour les femmes interviewées les plus jeunes, il existe une influence envers une moindre fécondité, qui est en lien avec la culture nord-américaine.

TABLEAU 3-2.9

POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON LEURS PREFERENCES POUR LE MODE DE VIE DU MEXIQUE OU CELUI DES ETATS-UNIS, PAR GROUPES D'AGE

AGE	18/19			20/24			25/29		
	MEXIQUE	USA	LESDEUX	MEXIQUE	USA	LESDEUX	MEXIQUE	USA	LESDEUX
15	0,0	0,0	0,0	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	0,0
16	18,0	0,0	20,5	5,0	6,8	0,0	3,2	15,7	0,0
17	18,0	0,0	20,5	14,3	6,8	0,0	15,4	15,7	0,0
18				31,1	6,8	9,2	15,4	15,7	10,8
19				37,6	15,7	17,1	24,1	40,8	10,8
20							35,0	48,0	20,6
21							35,0	69,1	30,4
22							42,9	76,4	42,5
23							49,2	90,6	42,5
24							52,7	94,0	79,9

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Aucune association n'a pas été observée entre cet indicateur et le fait qu'une jeune femme « aimerait ou non » habiter aux États-Unis (Tableau 3-2.10).). Selon le cadre conceptuel proposé dans ce travail, ces données suggèreraient que la migration potentielle vers le pays voisin n'est pas associée avec la fécondité.

TABLEAU 3-2.10

POURCENTAGE DE FEMMES A L'ÂGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON LEURS DESIRS DE VIVRE OU NON AUX ÉTATS-UNIS, PAR GROUPES D'ÂGE

AGE	18/19 ANS		20/24 ANS		25/29 ANS	
ELLEAIMERAIT	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
13	1,0	1,4	0,0	0,2	0,0	0,4
14	2,1	2,8	0,4	1,0	0,8	1,2
15	3,4	4,4	1,2	3,0	2,7	4,8
16	8,0	7,3	5,5	6,3	5,1	9,1
17	13,3	11,5	10,8	11,7	13,1	15,0
18			18,5	18,7	20,6	19,8
19			24,3	26,0	28,8	29,2
20					35,2	37,0
21					42,6	44,5
22					51,1	50,2
23					59,6	56,1
24					65,6	61,1

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Par contre, une forte association entre la scolarité et l'âge de la première grossesse est observée (Tableau 3-2.11) : un tiers des adolescentes interrogées (femmes de 18 et 19 ans), parmi celles qui n'ont pas terminé les études secondaires, avait déjà connu une grossesse à 17 ans, ainsi qu'un cinquième de celles qui n'ont pas fini le lycée. Cela concerne seulement 4,8% et 2,1% de celles qui ont terminé respectivement au moins une année de lycée et au moins une année d'études supérieures. Dans les groupes d'âge de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, on peut observer qu'au sein de la catégorie qui présente un niveau moindre de scolarité, presque la moitié des jeunes femmes ont connu une

grossesse pendant l'adolescence. Cet événement a eu lieu à ce stade de la vie pour seulement 4,8% des jeunes femmes se trouvant dans la catégorie de scolarité la plus élevée, aussi bien pour celles qui avaient entre 20 et 24 ans que pour celles qui avaient entre 25 et 29 ans.

TABLEAU 3-2.11

POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE, PAR GROUPES D'AGE

AGE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS
-----	-----------	-----------	-----------

	PRIMAIRE	SECONDAIRE	LYCÉE	UNIVERSITÉ	PRIMAIRE	SECONDAIRE	LYCÉE	UNIVERSITÉ	PRIMAIRE	SECONDAIRE	LYCÉE	UNIVERSITÉ
13	5,5	1,7	0,3	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,4	0,0
14	12,1	2,9	0,6	0,0	1,6	0,6	1,0	0,0	3,1	1,2	0,4	0,0
15	21,0	4,4	0,6	0,0	6,4	3,0	1,4	0,0	9,2	4,8	1,7	0,8
16	29,5	8,5	2,9	0,0	16,5	8,9	1,4	0,0	17,0	9,4	3,0	0,8
17	33,6	20,4	4,8	2,1	27,2	17,4	3,9	1,2	29,3	15,4	7,5	2,3
18					36,5	27,0	11,5	3,5	37,0	22,5	11,4	4,0
19					45,7	38,8	18,0	4,8	47,9	35,8	18,5	4,8
20									53,5	43,6	28,6	10,0
21									61,0	53,9	33,6	14,6
22									67,7	59,7	41,4	19,8
23									72,2	66,5	49,3	26,9
24									77,0	73,0	54,6	30,2

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

L'importance de la scolarisation en tant que variable liée au comportement reproductif est incontestable. L'association trouvée dans cette étude est importante, et il existe une bibliographie sur ce sujet qui confirme les résultats de cette analyse. L'effet de l'éducation formelle sur l'âge à la première grossesse (début de la reproduction) se produit à travers différentes voies. D'une part, la permanence dans le système scolaire pendant la période de l'adolescence signifie généralement le choix d'une modalité de transition vers la vie adulte qui favorise le refus d'une grossesse. D'autre part, la désertion scolaire est associée parfois à une grossesse non planifiée. Cependant, elle représente parfois le choix (même inconscient) d'une adolescente de parvenir à l'âge

adulte, à travers une autre voie ; lorsque les opportunités du marché du travail sont réduites, la probabilité de chercher une grossesse augmente.

Dans le cadre conceptuel présenté dans ce travail, nous discutons avec profondeur ce que différents auteurs (Mier y Terán, 2007, Coubès, 2005, entre autres) ont découvert au sujet des différentes modalités de transition à la vie adulte. Nous faisons ici référence aux rôles que jouent les adultes, aussi bien à travers la sortie du système scolaire et l'intégration au marché du travail qu'à l'intérieur de la famille, à travers la formation d'une union conjugale ou de la naissance du premier enfant.

En outre, les adolescentes qui demeurent dans le système éducatif acquièrent en principe des informations sur les questions liées à la sexualité et aux moyens de protection contre une grossesse non prévue. Cela doit être évalué d'une façon plus approfondie, car malgré l'inclusion des thèmes liés à l'éducation sexuelle dans les programmes d'enseignement aux niveaux primaire et secondaire, plusieurs études qui ont été menées pour évaluer la façon de transmettre ces informations montrent qu'une grande proportion des enseignants n'a pas la capacité suffisante pour réaliser cette tâche et certains parviennent même à l'éviter.

Enfin, il est important de mentionner que le fait même d'avoir des niveaux élevés d'éducation ouvre chez les individus (surtout chez les femmes), la possibilité d'accéder à de meilleures informations sur l'ensemble des sujets qui touchent leurs vies, ainsi qu'à un plus grand niveau d'autonomisation, pour leur permettre de décider d'avoir ou non des relations sexuelles et de chercher une protection pour prévenir une grossesse, si tel est leur souhait.

La religion donne aussi des éléments pour comprendre le comportement reproductif de la population qui est l'objet de cette étude (Tableau 3-2.12). Un quart des adolescentes, parmi celles qui ont déclaré ne pas pratiquer de religion, ont déjà connu une grossesse à 17 ans, ainsi que 11,5% des catholiques et 12,6% des protestantes pratiquantes. Parmi les jeunes entre 20 et 24 ans, les différences sont notables également, puisqu'environ quatre jeunes femmes sur dix qui ne pratiquaient pas de religion ont connu une grossesse pendant l'adolescence, contre environ un quart des catholiques et près de 20% des protestantes.

Comme nous l'avons mentionné dans la discussion conceptuelle de ce travail, le Mexique est passé d'une société catholique à la pluralité religieuse, principalement en raison de l'expansion du protestantisme évangélique. Nous observons que le catholicisme est associé à un âge plus avancé au moment de la première grossesse, mais pas au même grade que chez les protestants évangélistes qui ont un poids important en Basse-Californie où on les désigne sous le nom de chrétiens (*cristianos*), en raison du fait que les pratiquants de cette religion respectent davantage les règles qui exigent l'abstinence sexuelle chez les jeunes, ce qui est manifeste dans les données recueillies. Une limite de l'enquête réalisée dans l'élaboration de ce travail se réfère au fait que, dans la population étudiée, nous n'avons pas différencié les catholiques pratiquants et les non pratiquants. Ces derniers ayant, selon la littérature révisée, une probabilité de commencer une vie sexuelle à un âge précoce qui serait semblable aux jeunes sans affiliation religieuse (Vargas, 2010 y Hernández, 2002).

TABLEAU 3-2.12

**POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU
UNE GROSSESSE SELON LEUR RELIGION ACTUELLE, PAR GROUPES
D'AGE**

AGE	18/19 ANS				20/24 ANS				25/29 ANS			
	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES
13	0,0	1,5	1,6	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
14	5,5	2,7	1,6	0,0	2,9	0,7	0,0	0,0	1,2	1,4	0,0	0,0
15	10,4	3,9	3,7	0,0	5,2	2,3	1,1	4,9	2,5	4,9	2,9	0,0
16	19,5	7,1	6,4	0,0	11,1	5,2	8,1	10,5	5,0	8,8	7,9	2,4
17	25,0	11,5	12,6	0,0	19,0	10,7	9,8	16,2	19,5	14,4	13,0	7,6
18					31,4	17,8	14,2	19,3	25,2	20,1	18,7	7,6
19					40,0	24,9	21,6	22,4	34,4	29,5	24,3	21,5
20									41,7	36,9	34,4	26,5
21									47,7	44,4	38,9	44,1
22									52,4	51,3	44,2	46,8
23									56,9	58,0	50,4	56,5
24									59,7	63,3	58,6	59,5

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

L'âge de la mère lors de la naissance de son premier enfant est aussi une variable importante dans le contexte de cette analyse (Tableau 3-2.13). Environ 35% des jeunes femmes des groupes d'âge de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, dont les mères ont eu leur premier enfant à l'adolescence, ont également connu leur première grossesse à ce stade de la vie. Le niveau de cet indicateur diminue à une jeune femme sur cinq lorsque la

mère a eu son premier enfant après l'âge de 19 ans. Cela confirme l'existence d'un transfert intergénérationnel dans la comparaison entre ces femmes.

Ceci est confirmé par la révision de la littérature, qui souligne la forte probabilité que les filles de mères qui étaient jeunes au moment de leur premier enfant présentent elles-mêmes une grossesse précoce (Barber, J., 2001). Les causes de cette probabilité sont en discussion, mais nous observons, à partir de nos résultats, des écarts élevés entre les grossesses des groupes « filles d'une femme dont le premier enfant est né à l'adolescence » et « filles de mères dont le premier enfant est né à 20 ans ou plus » (tableau 3-2.13).

TABLEAU 3-2.13

**POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU
UNE GROSSESSE SELON L'AGE AUQUEL LEUR MERE A EU UN
PREMIER ENFANT, PAR GROUPES D'AGE**

AGE	18/19 ANS			20/24 ANS			25/29 ANS		
	PENDANT L'ADOL ESCENCE	20 ANS OU PLUS	NESAIT PAS	PENDANT L'ADOL ESCENCE	20 ANS OU PLUS	NESAIT PAS	PENDANT L'ADOL ESCENCE	20 ANS OU PLUS	NESAIT PAS
13	1,8	1,2	0,8	0,2	0,0	0,4	0,6	0,0	0,5
14	3,4	2,1	2,5	1,2	0,8	0,4	1,2	0,5	2,2
15	5,5	2,6	4,3	3,2	2,2	2,1	4,6	2,5	6,7
16	10,7	3,6	8,0	8,2	4,3	6,0	9,6	4,1	11,1
17	16,5	7,2	10,6	18,2	7,6	8,5	18,0	8,5	16,6
18				27,1	14,0	15,0	22,9	13,0	24,4
19				35,1	19,5	22,3	34,8	21,0	31,3
20							42,2	28,6	38,6
21							50,2	36,7	45,5
22							55,5	44,4	51,8
23							62,3	50,7	59,7
24							67,8	53,5	68,5

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

3.3 Conséquences de la première grossesse

La première grossesse peut avoir des conséquences de nature différente dans la vie d'une femme. Elle transforme de façon évidente la vie en couple et parfois même celle de la famille proche : parents, grands-parents, frères et sœurs, etc. Cependant, on peut affirmer que c'est la femme qui semble la plus touchée par cet événement.⁶ Lorsque la

⁶Dans cette section, la première grossesse sera souvent analysée comme si elle avait abouti à un premier enfant né vivant, mais la première grossesse aurait pu avoir connu un autre résultat. La marge d'erreur possible est cependant basse.

première grossesse survient pendant la période de l'adolescence, ces conséquences peuvent avoir des effets dans l'immédiat ou bien dans la vie future de la femme.

Certaines variables sont analysées dans la première partie de cette section. Elles reflètent les changements perçus par les femmes suite à la grossesse. Ceux-ci peuvent concerner la santé de la mère ou de l'enfant, c'est-à-dire au niveau de la relation avec le partenaire et avec les parents. Enfin, des conséquences au niveau des transitions vers l'âge adulte s'inscrivent dans le domaine social : l'éducation, la vie professionnelle et la cohabitation avec la famille d'origine. Les indicateurs présentés ici sont analysés en prenant en compte, d'une part, si les femmes interrogées ont connu leur première grossesse avant 18 ans ou après 17 ans (à 18 ans ou postérieurement), et d'autre part, si la première grossesse est survenue à l'adolescence ou à partir de l'âge de 20 ans pour le groupe des jeunes femmes âgées de 20 à 29 ans.

Des changements perçus dans la vie de la femme

La conséquence principale perçue par les femmes par rapport à l'expérience de leur première grossesse a été l'acquisition d'une plus grande responsabilité. En effet, environ 60% des femmes ont donné cette réponse dans toutes les catégories considérées (Tableau 3-3.1). L'écart entre celles qui ont eu leur première grossesse à un plus jeune âge et celles qui l'ont eu plus tard n'est pas réellement significatif. Les pourcentages sont légèrement inférieurs chez les femmes qui ont connu plus jeunes une première grossesse, c'est-à-dire la responsabilité d'avoir un enfant est perçue plus largement parmi celles qui ont accouché à un âge plus avancé. En outre, il est important de signaler que la part des femmes qui n'ont pas perçu des conséquences associées à la première grossesse est plus élevée chez les femmes qui l'ont connue à un plus jeune âge. En effet, dans le groupe de 20 à 29 ans, 13,2% de celles qui ont connu leur première grossesse à l'adolescence ont donné cette réponse, alors que 7,7% des femmes qui l'ont connue à 20 ans ou plus ont répondu de la même façon.

Les conséquences les plus mentionnées par les jeunes femmes ont été l'arrêt des études et le début d'un travail, toutes proportions gardées au niveau des chiffres. La perception

d'une conséquence positive associée à la première grossesse caractérise davantage les femmes qui l'ont vécue à un âge plus avancé. Les deux catégories de réponse « être plus heureuse » et « valoriser plus la vie » s'élèvent à 11,9% pour les femmes âgées de 18 à 29 ans qui ont connu leur première grossesse après l'âge de 17 ans et à 4,2% pour celles qui l'ont connue avant l'âge de 18 ans. Dans le groupe des femmes de 20 à 29 ans, les chiffres sont de 5,2% chez celles qui ont eu la première grossesse à l'adolescence et de 13,2% pendant leur jeunesse.

TABLEAU 3-3.1

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LA
CONSEQUENCE DANS LEURS VIES DE LA PREMIERE GROSSESSE,
ET SELON L'AGE A CELLE-CI, PAR GROUPES D'AGE

		FEMMES DE 18 À 29 ANS				FEMMES DE 20 À 29 ANS			
CONSEQUENCES DE LA PREMIÈRE GROSSESSE		PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 18 ANS	NS	PREMIÈRE GROSSESSE A 18 ANS OU PLUS		PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 20 ANS	NS	PREMIÈRE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS	
Aucune		11,0		10,3		13,2		7,7	
Plus de responsabilité		57,3		61,5		62,4		63,7	
Arrêter d'étudier		8,9		0,9		4,3		0,4	
Arrêter de travailler		1,3		3,1		1,8		3,4	
Commencer à travailler		3,6		1,7		3,5		0,9	
Se marier		4,1		2,6		2,8		3,0	
Mûrir		9,6		8,0		6,8		7,7	
Être plus heureuse		2,6		5,8		2,9		5,9	
Valoriser plus la vie		1,6		6,1		2,3		7,3	
Autres		0,0		0,2		0,4		0,0	
Total		100		100		100		100	

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Une variable semblable à celle du tableau précédent tente de mesurer les perceptions, faisant davantage référence à la partie émotionnelle lors de la première grossesse. Les résultats sont analogues à ceux observés pour la variable précédente ; en particulier le fait de ne pas avoir perçu de changement est une caractéristique majeure des femmes qui ont connu leur première grossesse plus jeunes. Les changements positifs ont été déclarés par les femmes qui l'ont connue à un âge plus avancé (Tableau 3-3.2).

Il n'y a pas de différences notables entre les deux groupes. Nous attirons l'attention sur le fait que les femmes qui tombent enceintes pendant l'adolescence ressentent moins de responsabilités, ou bien elles ne perçoivent pas les conséquences liées à la grossesse. En

général, les différences ne sont pas significatives entre les variables selon que la grossesse ait eu lieu pendant l’adolescence ou pas (tableau 3-3.2).

TABLEAU 3-3.2

PROPORTION DES FEMMES SELON LES CHANGEMENTS RESENTIS DANS LEURS VIES SUITE A LA PREMIERE GROSSESSE, PAR GROUPES D’AGE

FEMMES DE 18 À 29 ANS	FEMMES DE 20 À 29 ANS
-----------------------	-----------------------

CONSEQUENCES A LA PREMIERE GROSSESSE	PREMIER EGROSSES SEAVANT 18ANS	PREMIER EGROSSES E A 18 ANS OU	PREMIER EGROSSES SEAVANT 20ANS	PREMIER EGROSSES E A 20 ANS OU
Aucune	10,7	8,2	10,4	7,0
Plusderesponsabilité	43,0	48,0	46,0	48,0
Aucun changement	1,2	2,0	1,2	2,5
Ne vit plus avec ses parents	4,6	2,4	3,6	2,1
Arrête rd'étudier	12,9	12,1	11,7	12,8
N'a plus de liberté	1,6	0,4	1,0	0,0
Doit travailler	4,9	3,4	5,2	2,8
Arrêter de travailler	2,0	0,5	1,3	0,6
Mûrir	0,3	0,4	0,2	0,4
Plusheureuse	10,8	9,5	11,4	8,2
Valoriserplus lavie	2,4	4,2	2,4	5,2
Autres	5,1	8,7	5,2	10,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Conséquences sur les soins de santé des femmes et leurs enfants

La part de femmes ayant passé une visite médicale au cours de leur première grossesse est élevée (supérieure à 94%) dans toutes les catégories d'âge analysées par cette section (Tableau 3-3.3).

TABLEAU 3-3.3
REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT REÇU OU NON DES SOINS MEDICAUX DURANT LA PREMIERE GROSSESSE, PAR GROUPES D'AGE

EXAMEN MEDICAL PENDANT LA PREMIERE GROSSESSE	FEMMES DE 18 À 29 ANS		FEMMES DE 20 À 29 ANS	
	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 18 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 18 ANS OU PLUS	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS
Oui	94,3	98,2	95,8	99,1
Non	5,7	1,8	4,2	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Selon l'Enquête nationale de Santé de la Reproduction en 2003 (Muradas *et al.*), la part des adolescentes qui n'a pas reçu de soins prénataux était de 4,8%, ce qui est légèrement plus élevé que dans le cas du reste des groupes d'âge. Dans l'état de Basse-Californie, ce taux est de 4,2% et il demeure très proche de celui du groupe d'âge de 20 à 29 ans qui a connu sa première grossesse à l'adolescence. Ensuite, il est important de noter que cet indicateur atteint 5,7% parmi les femmes qui ont eu leur première grossesse avant 18 ans. Ainsi, bien que les pourcentages ne soient pas très élevés, nous pouvons affirmer que les adolescentes ont tendance à négliger davantage les soins médicaux opportuns pendant la grossesse que les femmes plus âgées (tableau 3-3.3).

Les suivis médicaux avant l'accouchement présentent une certaine importance en relation à leur influence sur la santé de la femme enceinte et de ses enfants. Somme toute, il y a eu des améliorations en la matière selon différentes enquêtes réalisées pendant les deux dernières décennies. En 2003, moins de 4% des femmes ayant eu un enfant au Mexique n'ont pas reçu de soins pendant la grossesse (Muradas *et al.*, 2007).

Les États présentant le pourcentage le plus élevé sont ceux qui possèdent un niveau plus faible d'accès aux soins de santé, tels que Chiapas, Guerrero et Oaxaca. La Basse-Californie est, quant à elle, une entité qui présente un accès étendu au système de santé. Ainsi, nous pouvons affirmer que malgré des pourcentages peu élevés, c'est chez les adolescentes que l'on ne cherche pas ce genre de soins. Selon Muradas, cette demande de soins est associée à l'âge correspondant à la première grossesse, même si les deux groupes ont le même accès aux soins de santé : « les adolescentes cherchent dans une moindre mesure les services d'attention prénatale et en général la raison principale n'est pas le manque d'accès ».

Les soins prénataux opportuns, c'est-à-dire ceux effectués pendant le premier trimestre de la gestation, contribuent de manière significative au bon développement de la grossesse chez la femme. Ils contribuent à la détection de maladies chez la mère ou l'enfant. La plupart des femmes des quatre groupes analysés dans l'étude ont reçu des soins médicaux pendant la grossesse (entre 94,3% et 99,1%). Cependant, lorsqu'on analyse le nombre de mois à partir de la conception jusqu'à la première visite, on peut observer si les soins ont été effectués de façon opportune, c'est-à-dire lors du premier trimestre de grossesse. C'était le cas chez 72,7% des femmes dont la grossesse a eu lieu après l'âge de 17 ans, ainsi que pour trois quarts des femmes du groupe d'âge de 20 à 29 ans, qui ont vécu cette première grossesse après l'adolescence (Tableau 3-3.4). Les pourcentages qui correspondent à celles dont la grossesse est survenue à un plus jeune âge sont de 56,5% (avant 18 ans) et 63,2% (avant 20 ans) respectivement. Il est important de souligner que, dans un peu plus de la moitié des cas de femmes dont la première grossesse est survenue avant l'âge de 18 ans, il y a eu une prise en charge prénatale médicale opportune. Cela signifie que la première visite médicale a été effectuée pendant le premier trimestre de la grossesse.

Selon l'ENSAR 2003 (Muradas *et al.*), 75% des dernières et avant-dernières naissances, à travers le pays, ont reçu des soins médicaux prénataux opportuns. C'est un chiffre très analogue à celui observé pour les jeunes femmes interrogées en Basse-Californie, dont la première grossesse est survenue à l'âge de 20 ans ou plus. Selon le même auteur, la part d'adolescentes (entre 12 et 19 ans) qui ont été à leur première visite médicale au cours des trois premiers mois de grossesse était de 59,7%. À partir de cette source de

données, nous pouvons aboutir à la conclusion qu’une prise en charge opportune des soins médicaux prénataux présente une fréquence considérablement plus faible chez les femmes qui ont une grossesse pendant l’adolescence, et elle peut encore être plus faible lorsque cette grossesse survient avant l’âge de 18 ans. On peut souligner en outre que la source de comparaison (ENSAR 2003) indique une tendance semblable, avec également des chiffres similaires, à ceux de l’enquête sur la santé des adolescentes en Basse-Californie (2006).

<div> <div>TABLEAU 3-3.4</div> <div> <div>REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LE NOMBRE DE MOIS DE GROSSESSE LORS DE LA PREMIERE VISITE MEDICALE, ET SELON L'AGE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR GROUPES D'AGE</div> </div> </div>	
FEMMES DE 18 À 29 ANS	FEMMES DE 20 À 29 ANS

NOMBRE DE MOIS DE GROSSESSE E LORS DE LA PREMIÈRE GROSSESSE SEAVANT 18ANS	PREMIÈRE GROSSESSE E A 18 ANS OU	PREMIÈRE GROSSESSE SEAVANT 20ANS	PREMIÈRE GROSSESSE E A 20 ANS OU
1	27,0	33,8	27,8
2	29,5	38,9	35,4
3	24,2	17,8	20,8
4	9,8	4,6	7,9
5	5,2	1,4	3,8
6	2,3	1,7	2,0
7	1,1	0,1	0,7
8	0,0	0,1	0,2
9	0,4	0,2	0,6
Nesaitpas	0,4	1,3	0,9
Total	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

À manière d'hypothèse, on peut supposer que la peur d'accepter et de communiquer la grossesse dans la famille, ainsi que la crainte d'un rejet de la part des services de santé, peuvent être des facteurs qui limitent la recherche précoce par l'adolescente de soins médicaux de grossesse. Dans tous les cas, la grossesse durant l'adolescence semble constituer un facteur de risque chez la femme et l'enfant.

L'achèvement d'un accouchement par césarienne est plus fréquent chez les femmes les plus âgées (Tableau 3-3.5). Bien que l'écart ne soit pas très élevé, cette pratique existe au sein des deux groupes analysés, et il est même difficile de formuler des hypothèses basées sur ces données.

Au niveau national, 66,8% du total des accouchements ont eu lieu par voie naturelle, tandis que presque un tiers d'entre eux ont eu lieu par césarienne. On peut donc affirmer qu'en Basse-Californie une césarienne est moins fréquente chez les femmes ayant eu

leur premier enfant pendant l'adolescence ou avant 18 ans. Cette situation est observable également au niveau national, car 28,6% des femmes ayant eu leur premier enfant entre 12 et 19 ans ont accouché par césarienne, alors que dans les autres groupes d'âge cet indicateur s'élève à plus d'un tiers d'entre elles (Muradas *et al.*, 2007).

TABEAU 3-3.5

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LE TYPE D'ACCOUCHEMENT ET L'ÂGE LORS DE LA PREMIÈRE GROSSESSE, PAR GROUPES D'ÂGE

TYPE D'ACCOUCHEMENT	FEMMES DE 18 À 29 ANS		FEMMES DE 20 À 29 ANS	
	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 18 ANS	PREMIÈRE GROSSESSE À 18 ANS OU PLUS	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIÈRE GROSSESSE À 20 ANS OU PLUS
Normal	77,5	71,8	75,9	71,3
Césarienne	22,5	28,2	24,1	28,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

L'allaitement maternel est plus fréquent chez les jeunes femmes qui ont connu leur première grossesse après l'âge de 17 ans, ou bien après l'adolescence. Néanmoins dans ce dernier cas, l'écart demeure très peu important, par rapport à celles qui l'ont connue au cours de l'adolescence. Dans le cas des jeunes femmes de 18 à 29 ans, 79,8% ont allaité leurs nourrissons parmi celles qui ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans, alors que 84,4% d'entre elles ont allaité parmi celles qui ont accouché après 17 ans (Tableau 3-3.6). Les chiffres qui correspondent au groupe d'âge de 20 à 29 ans sont plus proches parmi les femmes qui ont eu leur première grossesse avant ou après l'adolescence, même si le pourcentage est plus faible dans le premier cas.

Les résultats obtenus à partir de l'ENSAR 2003 (Zubieta, 2007) montrent que, parmi les derniers et les avant-derniers enfants nés vivants, entre 2000 et 2003, qui survivaient au moment de l'enquête, seulement 7,5% d'entre eux n'ont jamais reçu de lait maternel. Le niveau de cet indicateur est significativement plus élevé chez les jeunes femmes de l'enquête en Basse-Californie, y compris chez celles qui ont eu leur première grossesse après l'adolescence. À partir de ces données, nous pouvons conclure que le fait d'avoir un premier enfant pendant l'adolescence, et qui plus est avant l'âge de 18 ans, est un facteur de risque pour la santé de l'enfant, puisqu'il a été démontré que l'allaitement maternel est déterminant pour la santé d'un bébé pendant sa première année de vie.

TABEAU 3-3.6

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT ALLAITE OU NON LEUR PREMIER ENFANT, SELON L'ÂGE DE LA PREMIÈRE GROSSESSE ET PAR GROUPES D'ÂGE

ELLE L'ALLAITE	FEMMES DE 18 À 29 ANS		FEMMES DE 20 À 29 ANS	
	PREMIÈRE GROSSESSE SEAVANT 18ANS	PREMIÈRE GROSSESSE E A 18 ANS OU	PREMIÈRE GROSSESSE SEAVANT 20ANS	PREMIÈRE GROSSESSE E A 20 ANS OU
Oui	79,8	84,4	82,6	83,9
Non	20,2	15,6	17,4	16,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Les variables liées à la relation du couple

Du tableau 3-3.7 au tableau 3-3.10, nous analysons certains indicateurs concernant les conséquences de la première grossesse dans la relation de couple. La première situation intéressante relève du fait que les jeunes femmes ont tendance à tomber enceintes pour la première fois avec un homme plus âgé qu'elles. En effet, dans le groupe de femmes qui ont eu leur première grossesse très jeunes, avant 18 ans, seulement un quart des pères se situaient dans le même groupe d'âge. 24,3% d'entre eux avaient entre 15 et 17

ans, un peu plus de la moitié avait entre 15 et 19 ans et le reste 20 ans ou plus. C’est un aspect est important, car les trois quarts des hommes ont eu des activités sexuelles avec des femmes mineures. Lorsque la première grossesse est arrivée après 17 ans, l’âge du père est supérieur. Par ailleurs, dans le groupe des femmes âgées de 20 à 29 ans, un peu moins de la moitié de celles qui ont eu leur première grossesse dans l’adolescence avaient un partenaire adolescent. En outre, dans 6,1% des cas, le père avait 30 ans ou plus (Tableau 3-3.7).

Tableau 3-3.7

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT EU UNE GROSSESSE SELON L’AGE DE LEUR PARTENAIRE ET DE LA FEMME AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR GROUPES D’AGE

AGE DU PARTENAI RE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESS E	FEMMES DE 18 À 29 ANS				FEMMES DE 20 À 29 ANS			
	PREMIÈR E	GROSSESS E AVANT 1 8 ANS	PREMIER E	GROSSESS E A 18 ANS OU PLUS	PREMIÈR E	GROSSESS E AVANT 2 0 ANS	PREMIER E	GROSSESS E A 20 ANS OU PLUS

15–17ans	24,3	2,3	16	0,3
18–19ans	28,5	12,4	31,7	3
20–24ans	32	46,8	32,5	35,9
25–29ans	11,1	29,8	13,7	47,9
30ansouplus	4,1	8,7	6,1	12,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Presque tous les hommes ont eu connaissance de la première grossesse de la jeune fille avec laquelle ils ont eu des rapports. Seulement 4,1% des hommes, dont la partenaire avait moins de 18 ans au moment de la première grossesse, ne l'ont pas su, ainsi que 4,5% de ceux dont la partenaire était adolescente au moment de la première grossesse (Tableau 3-3.8).

TABLEAU 3-3.8

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES DONT LE PARTENAIRE A EU CONNAISSANCE DE LA GROSSESSE, SELON L'ÂGE DE LA PREMIÈRE GROSSESSE, PAR GROUPES D'ÂGE

FEMMES DE 18 À 29 ANS			FEMMES DE 20 À 29 ANS	
LE PARTENAIRE EN A EU	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 18 ANS	PREMIÈRE GROSSESSE A 18 ANS	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIÈRE GROSSESSE A 20 ANS

CONNAISSANCE		OU PLUS		OU PLUS
Oui	95,9	97,2	95,5	98,4
Non	4,1	2,8	4,5	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

La réaction du partenaire montre des différences associées à l'âge au moment de la grossesse (Tableau 3-3.9). Notamment, il est intéressant de noter que la déclaration de la femme, sur la réaction de l'homme « il a été touché quand il a appris la nouvelle », atteint une proportion de 32% quand la première grossesse s'est produite avant l'âge de 18 ans et de 46,7% chez celles de 18 ans ou plus. Parmi les femmes de 20 à 29 ans, les proportions de cette catégorie atteignent respectivement 35% et 53,2%. La déclaration de la jeune femme « il était heureux, content, satisfait » concernant la façon de réagir de l'homme n'est pas tellement différente selon l'âge des femmes au moment de la grossesse (les chiffres varient légèrement autour de 34%).

Selon toute apparence, ce sont des réponses qui dénotent plutôt une certaine indifférence qu'une réaction très positive au sujet de la grossesse. En outre, les réactions négatives ou d'indifférence sont distinctes selon l'âge des femmes au moment de la grossesse chez toutes les femmes interrogées : 28,8% de celles qui ont connu leur première grossesse avant 18 ans ont déclaré que leur partenaire s'était montré inquiet, effrayé ou en colère (elles ont même donné des réponses comme « il m'a abandonnée » ou « il m'a dit d'avorter »). Ce pourcentage est de 15,4% dans le cas des femmes qui avaient 18 ans ou plus lors de la première grossesse. La valeur de cet indicateur pour le groupe d'âge de 20 à 29 ans s'élève respectivement à 25,5% et à 10,3% chez celles qui ont connu la première grossesse avant ou après l'adolescence.

TABLEAU 3-3.9

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT CONNU UNE GROSSESSE, SELON LA REACTION DU PARTENAIRE ET L'ÂGE DE CELLES-

CI AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR GROUPES D'AGE

COMMENTAIRE	FEMMES DE 18 À 29 ANS				FEMMES DE 20 À 29 ANS			
	PREMIERE GROSSESSE AVANT 18 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 18 ANS OU PLUS	PREMIERE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS	PREMIERE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS	PREMIERE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS
Il a été touché	32,0	46,8	35,0	53,2	35,0	53,2	35,0	53,2
Il était content, heureux satisfait	34,2	34,1	35,4	33,1	35,4	33,1	35,4	33,1
Il m'a soutenue économiquement	4,8	3,8	4,2	3,3	4,2	3,3	4,2	3,3
Il ne se sentait pas concerné	5,6	4,3	7,1	3,0	7,1	3,0	7,1	3,0
Il était préoccupé	8,1	5,3	7,6	3,9	7,6	3,9	7,6	3,9
Il avait peur	8,1	1,7	4,9	1,2	4,9	1,2	4,9	1,2
Il était fâché	0,6	1,2	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Il m'a abandonnée	5,4	2,9	4,8	1,3	4,8	1,3	4,8	1,3
Il m'a dit d'avorter	1,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Selon ces données, connaître une grossesse à un très jeune âge représente également un aspect négatif dans la vie des jeunes femmes vis-à-vis de la réaction de leurs partenaires.

L'écart est très élevé entre les femmes qui voulaient vivre en concubinage ou se marier avec leurs partenaires, lorsque l'on compare celles qui étaient enceintes à un très jeune âge, et celles qui étaient plus âgées (Tableau 3-3.10). Nous devons mentionner d'autre part que, parmi le total des jeunes femmes interrogées, 27,9% de celles qui ont connu une grossesse avant 18 ans vivaient en couple. Le niveau de cet indicateur est deux fois

plus élevé (54,6%) pour celles qui l’ont connue après 17 ans. Parmi les jeunes femmes âgées de 20 à 29 ans, l’écart est de trente points entre celles qui ont connu une grossesse à l’adolescence et celles qui l’ont connue après cette période. D’autre part, une petite partie de ces femmes, entre 2,7% et 1% des personnes interrogées, pensait mettre fin à la relation avec le partenaire.

Cependant, 15,9% de celles qui ont eu une grossesse chez les plus jeunes ont déclaré ne pas avoir eu l’intention de se marier ou de vivre en couple. Cet indicateur baisse à un niveau de 7,2% chez les jeunes femmes âgées de 20 à 29 ans, dont la première grossesse est survenue après l’adolescence. Il est intéressant de souligner qu’à la question de savoir ce qu’elles pensaient au sujet de leur relation de couple avant la grossesse, 34,6% des femmes interrogées qui étaient enceintes avant l’âge de 18 ont répondu « qu’elles n’avaient pas pensé à l’avenir ». Cet indicateur se réduit à 16,6% chez celles qui avaient plus de 17 ans. Les niveaux de cet indicateur sont inférieurs, mais restent également élevés, chez les femmes de 20 à 29 ans et l’écart se maintient dans le sens déjà observé. Ce résultat parle de l’état d’incertitude qui caractérise les jeunes femmes, en particulier celles qui sont encore dans l’adolescence, et l’expérience d’une grossesse peut constituer une des conséquences auxquelles elles n’ont pas réfléchi dans une relation de couple.

TABLEAU 3-3.10

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT EU UNE GROSSESSE SELON LEURS INTENTIONS AVEC LE PARTENAIRE DONT ELLES ETAIENT ENCEINTES, SELON L’AGE A LA PREMIERE GROSSESSE ET PAR GROUPES D’AGE

FEMMES DE 18 À 29 ANS	FEMMES DE 20 À 29 ANS
-----------------------	-----------------------

AVANT DE CONNAIT RE UNE PREMIERE GROSSESSE E :	PREMIER E GROSSESSE EAVANT1 8 ANS	PREMIER E GROSSESSE E A 18 ANS OIT	PREMIER E GROSSESSE EAVANT2 0 ANS	PREMIER E GROSSESSE E A 20 ANS OIT
Voulait se marier ou vivre en couple	18,9	18,5	21,2	15,5
Voulait finir la relation de couple	2,7	1,2	1,7	1,0
Ne prétendait pas se marier ou vivre en couple	15,9	9,2	13,9	7,2
N'avait pas réfléchi à l'avenir	34,6	16,6	27,8	12,2
Etait déjà mariée ou en couple	27,9	54,6	35,3	64,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Les variables liées à la relation avec la famille d'origine

Au sujet de la relation avec les parents, 30% des femmes qui étaient enceintes avant 18 ans ont communiqué la nouvelle quand elles avaient trois mois ou plus de grossesse. 5,3% des femmes de ce groupe ne l'ont jamais communiqué à leurs parents (Tableau 3-3.11).

TABLEAU 3-3.11

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LE MOIS DE GROSSESSE QUAND ELLES L'ONT COMMUNIQUE AUX PARENTS, PAR AGE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE ET PAR GROUPES D'AGE

FEMMES DE 18 À 29 ANS	FEMMES DE 20 À 29 ANS
-----------------------	-----------------------

LA RAISON DE MOIS DE GROSSESSE AU MOMENT DE L'AVOIR COMMUNIQUE AUX PARENTS	PREMIERE GROSSESSE AVANT 18 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 18 ANS OU PLUS	PREMIERE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS
Un mois	28,9	40,7	31,7	46,0
Deux mois	35,7	38,5	39,0	36,5
Trois mois ou plus	30,1	17,6	24,3	15,1
Elle ne l'a jamais dit	5,3	3,2	5,0	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Les femmes qui étaient plus jeunes au moment de la grossesse, et qui ont attendu trois mois ou plus pour en informer leurs parents, ont donné comme raison principale le fait qu'elles avaient peur de leurs réactions. En effet, 39,6% des femmes qui ont connu leur première grossesse avant 18 ans ont invoqué cette raison, alors qu'elles sont seulement 17,3% parmi celles qui l'ont connu à 18 ans ou plus. Parmi les jeunes femmes âgées de 20 à 29 ans, 31% de celles qui ont eu une grossesse pendant l'adolescence craignaient la réaction de leurs parents. Elles sont seulement 9,9% parmi celles dont la première grossesse est survenue après l'adolescence (Tableau 3-3.12). Une autre raison évoquée fréquemment par les plus jeunes femmes était le sentiment de honte. Une des causes qui pèse lourdement, dans toutes les catégories, relève du fait que les femmes déclarent ne pas avoir eu connaissance qu'elles étaient enceintes.

TABLEAU 3-3.12

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT ATTENDU TROIS MOIS OU PLUS POUR INFORMER LEURS PARENTS DE LEUR PREMIERE GROSSESSE, SELON LA RAISON DE L'ATTENTE DONNEE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR GROUPES D'AGE

FEMMES DE 18 À 29 ANS

FEMMES DE 20 À 29 ANS

POURQUOI VOUS AVEZ ATTENDU (DES MOIS) POUR DIRE A VOS PARENTS ?	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 18 ANS	PREMIÈRE GROSSESSE A 18 ANS OU PLUS	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIÈRE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS
Elle ne savait pas qu'elle était enceinte	30,1	39,3	29,7	46,0
Parce qu'elle avait peur de leurs réactions	39,6	17,3	31,0	9,9
Parce qu'elle avait honte	6,4	5,7	7,7	3,5
Parce qu'elle n'était pas mariée	1,0	7,7	4,0	7,9
Elle n'habitait pas avec eux	10,7	16,4	15,1	18,0
Elle l'a décidé comme ça	3,0	6,7	3,7	9,5
Ils se sont rendu compte	8,4	4,0	7,5	2,6
Autres raisons	0,9	2,9	1,3	2,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Chez les jeunes femmes interrogées qui ont eu leur première grossesse à 18 ans ou plus, 84,7% des parents ont eu une réaction positive ; alors que 63,8% des parents de jeunes filles qui ont eu leur première grossesse avant l'âge mentionné ont eu une réaction positive: il y a plus de vingt points d'écart entre les deux groupes (Tableau 3-3.13). Pour les femmes entre 20 et 29 ans, cette tendance est analogue, car 91,1% des parents dont la fille avait connu la première grossesse après l'adolescence ont eu une réaction positive, alors que 70% des parents des femmes qui ont eu leur première grossesse dans l'adolescence ont eu cette même réaction.

Nous pouvons affirmer, de manière générale, que la grossesse provoque des réactions positives chez les parents des adolescentes et des jeunes femmes interrogées. La possibilité d'une réponse négative augmente si la grossesse a lieu de façon plus précoce. Notre hypothèse est que l'arrivée de cet enfant à cette étape de la vie pourrait être

perçue par les parents de la jeune fille comme un obstacle qu'ils ne souhaiteraient pas, ou bien cette grossesse pourrait avoir une connotation morale qui impliquerait peu d'acceptation à propos de rapports sexuels précoces chez leurs propres filles.

TABEAU 3-3.13

REPARTITION EN POURCENTAGE DE LA REACTION DES PARENTS APRES AVOIR APPRIS LA NOUVELLE DE LA PREMIERE GROSSESSE DE LEUR FILLE, SELON L'AGE DES JEUNES FEMMES ET PAR GROUPES D'AGE

REACTIONS QUAND VOUS L'AVEZ CO MMUNIQUE A VOS PARENTS	FEMMES DE 18 À 29 ANS		FEMMES DE 20 À 29 ANS	
	PREMIERE GROSSESSE AVANT 18 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 18 ANS OU PLUS	PREMIERE GROSSESSE AVANT 20 ANS	PREMIERE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS
Réactions positives	63,8	84,7	70,2	91,1
Réactions d'indifférence	2,8	1,4	1,7	1,4
Réactions négatives	32,8	12,4	26,4	6,8
Nel'a pas su	0,6	1,5	1,7	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Planification de la première grossesse

Seulement 16,4% des femmes du groupe de 20 à 29 ans, ayant connu une première grossesse pendant l'adolescence, l'avait planifiée. Ce chiffre est multiplié par deux quand la grossesse s'est produite après cette étape de transition vers la vie d'adulte. Le comportement des femmes du groupe d'âge de 18 à 29 ans est très analogue. En effet, seulement 14,7% des femmes qui ont eu la première grossesse avant 18 ans l'avaient

planifiée, alors que cela s’est produit dans 26,9% des cas quand cet événement est arrivé à 18 ans ou plus. Un groupe d’environ 15% des femmes, ayant eu leur première grossesse avant 18 ans (ou pendant l’adolescence), désiraient une grossesse, mais pas à ce moment-là. Les chiffres sont supérieurs lorsque la grossesse s’est produite postérieurement. Près d’un cinquième des femmes des groupes mentionnés plus haut (première grossesse avant 18 ans et première grossesse pendant l’adolescence) ne voulaient pas être enceintes. Enfin, on remarque que près de la moitié de ces groupes n’avaient même pas réfléchi à cette question (Tableau 3-3.14).

TABLEAU 3-3.14

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LA
PLANIFICATION DE LA PREMIERE GROSSESSE, SELON L’AGE DES
JEUNES FEMMES ET PAR GROUPES D’AGE

FEMMES DE 18 À 29 ANS	FEMMES DE 20 À 29 ANS
-----------------------	-----------------------

AVANT D'ÊTRE TRENCEINTE, VOUS :	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 18 ANS NS	PREMIÈRE GROSSESSE À 18 ANS OU PLUS	PREMIÈRE GROSSESSE AVANT 20 ANS NS	PREMIÈRE GROSSESSE À 20 ANS OU PLUS
Etiez en train d'essayer d'avoir un enfant	14,7	26,9	16,4	32
Vouliez être enceinte éventuellement, mais pas à ce moment-là	15,5	19,7	14,9	23,2
Ne vouliez pas avoir une grossesse	20,6	17,3	21,1	13,5
N'aviez pas réfléchi à ce sujet	49,1	36,1	47,6	31,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Change ments dans la sphère sociale

Nous observons dans le tableau 3-3.15 certaines transitions traversées par les adolescents vers l'âge adulte dans la sphère sociale. Ainsi, le pourcentage des femmes qui étudiaient au moment de la grossesse n'est pas très élevé, même dans le cas de celles qui étaient enceintes très jeunes. Cependant, quand elle survient, la désertion scolaire associée à la grossesse atteint des niveaux élevés, ce qui coïncide avec les conclusions d'autres études (voir par exemple Echarri, 2005 et 2009). 28,1% des femmes, qui ont eu une grossesse avant 18 ans, étudiaient à ce moment-là et 62,5% d'entre elles ont arrêté leurs études. Parmi les femmes qui ont eu une première grossesse à 18 ans ou plus, seulement 11,4% étaient étudiantes et 39,2% ont arrêté leurs études. La littérature scientifique, qui fait référence à la grossesse pendant l'adolescence, montre une association entre cet événement et l'abandon de l'école. Pourtant, le débat persiste au sujet du fait que ce soit la grossesse chez les adolescentes qui a comme conséquence l'abandon des études, ou bien si ce sont les adolescentes qui ont déjà quitté l'école qui connaissent cette situation.

TABLEAU 3-3.15

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LA PRESENCE DE DIFFERENTES CIRCONSTANCES AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, SELON LES CHANGEMENTS SURVENUS A CAUSE DE CET EVENEMENT, PAR AGE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR GROUPES D'AGE

	FEMMES DE 18 À 29 ANS		FEMMES DE 20 À 29 ANS	
	PREMIÈREGROSSESSEAVANT 18ANS	PREMIERE GROSSESSE A 18 ANS OU PLUS	PREMIÈREGROSSESSEAVANT 20ANS	PREMIERE GROSSESSE A 20 ANS OU PLUS
Elleétudiait	28,1	11,4	20,1	7,6
Elle a arrêté les études	62,5	39,2	58,2	22,2
Elletravaillait	26,6	46,4	33,0	52,1
Elle a arrêté le travail à cause de la grossesse	50,5	29,5	41,9	25,7
Elle a commencé à travailler	17,1	7,1	16,2	3,5
Elle habitait avec ses parents	61,2	34,1	52,5	26,1
Elle a arrêté de vivre avec ses parents	40,0	40,0	38,9	41,8

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

3.4 Conclusions

Une des inquiétudes à l'origine de ce travail est liée à l'effet de la migration chez les femmes, par rapport au moment et à l'intensité de la procréation. L'observation de forts taux de fécondité dans les groupes d'âge 12 à 14 ans et 15 à 19 ans en Basse-Californie, basée sur les projections de population de 2005 déjà mentionnées (ministère mexicain de l'Intérieur, 2008, *op.cit.*), a été à l'origine de la réalisation de l'étude (avec le soutien

du Conseil National de la Science et de la Technologie) dont nous présentons ici les résultats. Le second point de départ fait référence à la différence entre les taux de fécondité parmi les femmes sédentaires et les migrantes, en particulier en Basse-Californie, mais aussi dans l'ensemble du pays, selon l'ENADID 2009. Dans cette entité territoriale, les taux de fécondité sont notablement plus élevés chez les femmes qui ont migré. On observe, dans une moindre mesure, cette même situation dans l'ensemble du pays. Parmi les cadres théoriques existants pour étudier l'association entre migration et fécondité, nous avons considéré que celui de l'interrelation des événements serait le plus approprié ; c'est-à-dire celui d'un comportement de haute fécondité après la migration étant dû aux altérations causées par le processus lui-même. Les résultats de l'enquête que nous avons réalisée en Basse-Californie montrent que l'âge au moment de la première grossesse est toujours plus élevé parmi les jeunes femmes migrantes, par rapport aux femmes nées dans l'entité. Cela nous amène à affirmer que les données obtenues soutiennent l'hypothèse initiale ; c'est-à-dire que la migration des adolescentes en Basse-Californie est associée à une fécondité précoce plus élevée.

Ce chapitre a exploré quelques conséquences d'une grossesse à un âge précoce. Les résultats plus importants montrent que dans le domaine de la santé, les enfants des femmes les plus jeunes sont nés avec des désavantages, si l'on considère la prise en charge médicale de façon opportune ainsi que la pratique de l'allaitement.

De la même manière, la planification de la grossesse est plus fréquente (deux fois plus) quand elle a lieu à 18 ans ou plus. À l'extrémité, un cinquième des femmes qui ont été enceintes avant cet âge ne voulaient pas avoir d'enfant. En principe, cette situation pourrait représenter un aspect potentiellement négatif dans le début de la vie d'une personne.

CHAPITRE 4

VARIABLES INTERMEDIAIRES

4.1 Début de la vie sexuelle

Le début de l'activité sexuelle est une variable importante dans une perspective sociale et sanitaire, mais également dans une optique démographique. Pour cette dernière dimension, le début de la vie sexuelle est habituellement lié au commencement de la vie en couple et, par voie de conséquence, à la fécondité, puisque la nuptialité est une variable intermédiaire la déterminant. On considère que la probabilité de grossesse est plus élevée pour les femmes vivant en couple, même si celles-ci ont accès à un vaste choix de méthodes contraceptives ; effectivement, le temps d'exposition au risque de conception augmente pour les femmes en union. Cependant les analyses les plus récentes montrent que l'âge du mariage, que ce soit pour les hommes ou les femmes, tend à augmenter dans de nombreux pays d'Amérique latine alors que l'âge à la première relation suit la tendance inverse (Heator, 2002; Solis *et al.*, 2008). Dans tous les cas, on peut affirmer que cette dernière variable marque le commencement de l'exposition au risque de concevoir.

Dans le cadre de l'enquête, une relation sexuelle est conçue comme étant un coït vaginal hétérosexuel. Cette définition est conventionnelle, cela ne signifie pas que d'autres formes de relations sexuelles ne soient pas reconnues, ni qu'une valeur différente soit attribuée à d'autres liens de cette nature. Cette acception est privilégiée, car elle est liée à l'exposition au risque de grossesse, thème central de cette étude.

Dans une perspective sanitaire, le début précoce des relations sexuelles n'est pas toujours accompagné de la protection appropriée ; ce qui a pour conséquence d'augmenter la probabilité d'une grossesse non désirée ou de la contagion d'une maladie sexuellement transmissible. Les adolescents ont tendance à ne pas utiliser de méthode contraceptive, y compris le préservatif, et cela pour diverses raisons. Dans cette optique, un début précoce de la sexualité n'est pas toujours accompagné d'un changement réel d'attitude. Un sentiment d'invulnérabilité face à ces risques persiste. Ainsi les adolescents, bien qu'ils connaissent autour d'eux des cas de grossesses non désirées, se considèrent comme immunisés face à ces situations. Les sentiments de culpabilité par rapport à l'activité sexuelle prédominent également ; ceux-ci étant

atténués par l'absence de planification qui mène à la non-utilisation de méthodes contraceptives (Palma, 2008).

D'un point de vue sanitaire toujours, la grossesse précoce constitue un facteur de risque pour la santé de la mère et de l'enfant (OMS, 1995).

D'autre part, le début précoce des relations sexuelles expose cette population à l'apparition de grossesses non désirées, comme il a été mentionné plus haut, ou bien à attraper une maladie sexuellement transmissible telle que le SIDA/VIH. Des études mettent en évidence que ces maladies sont transmises en majeure partie durant l'adolescence et la jeunesse. Le poids de la population adolescente et jeune au Mexique, comme dans d'autres pays d'Amérique latine, donne toute son importance à ce thème.

En atteignant l'âge adulte, les êtres humains, et plus particulièrement les femmes, doivent généralement faire face à des prises de décisions ayant des conséquences sur une grande partie de leur vie future : étudier, travailler, former une famille, se marier, migrer, etc. Ces options, sans être exclusives, peuvent créer des obstacles ou des défis selon que les circonstances soient plus ou moins favorables. Grâce à l'ampleur de l'offre de méthodes contraceptives et de la possibilité d'interrompre volontairement la grossesse, il existe la possibilité de séparer l'activité sexuelle de ces décisions. Toutefois, la régulation de la fécondité possède un coût différent selon sa nature ; en termes d'accès aux moyens de contraception, de santé (effets collatéraux), d'efficacité de ces méthodes et du coût associé à l'interruption de grossesse. Tous ces éléments nous permettent d'affirmer que la décision de commencer sa vie sexuelle n'est pas séparée totalement de la maternité et de la formation d'une famille.

Parmi les jeunes femmes interrogées en Basse-Californie, l'analyse par groupes d'âge (Tableau 4-1.1) montre une tendance de recul du début de l'activité sexuelle. Par exemple, 60% des jeunes qui, au moment de l'enquête, avaient entre 25 et 29 ans, avaient eu leur première relation sexuelle pendant l'adolescence, alors que pour les 20/24 ans cela avait eu lieu pour 51,7% des cas. Selon l'Enquête nationale de la dynamique démographique, réalisée en 2006, la même année que l'Enquête de santé reproductive en Basse-Californie, 52,2% de l'ensemble des femmes résidant dans le pays, ayant entre 25 et 29 ans au moment de l'enquête, avaient commencé une activité sexuelle pendant l'adolescence, alors que cet indicateur donnait une valeur de 48,3%

pour le groupe d'âge 20/24 ans (Palma et Gonzalez, 2010). On peut ainsi en déduire que la Basse-Californie est une entité fédérée dans laquelle le début de l'activité sexuelle est plus précoce que la moyenne nationale. La différence est particulièrement forte pour les 25/29 ans avec un écart de 8% (60% pour l'entité fédérée d'étude contre 52,2% au niveau national). Si l'on compare l'indicateur dans les différentes régions géographiques du pays, son niveau est très proche de celui de la région du nord qui surpasse toutes les autres zones du Mexique (ENADID, 2006).

TABLEAU 4-1.1

POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'ÂGE DE LEUR PREMIERE RELATION SEXUELLE

AGE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS
13	1,3	0,6	1,5
14	3,3	2,5	4,1
15	8,2	8,1	11,3
16	16,2	15,1	18,8
17	27,2	26,7	30,1
18		41,7	47,2
19		51,7	60,0
20			73,5
21			78,4
22			82,6
23			86,3
24			88,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Si l'on prend en compte le groupe d'âge qui se trouvait encore dans l'étape de l'adolescence au moment de l'enquête, on observe que 8,2% d'entre elles avaient déjà eu leur première relation sexuelle à 15 ans. Deux ans plus tard, ce pourcentage a plus

que triplé, puisque 27,2% des personnes interrogées de 18 et 19 ans avaient commencé leur activité sexuelle à 17 ans. Cet indicateur est de 30,1% et 26,7% respectivement entre 25 et 29 ans et entre 20 et 24 ans. Comme le fait remarquer Carlos Welti (2007), l'âge de 15 ans reflète les conditions socioculturelles de l'initiation sexuelle. Le passage de 14 à 15 ans possède une signification spécifique dans de nombreux groupes de population. Il devient un moment de célébration, tel un rituel d'entrée sur le marché matrimonial, démontrant l'aptitude à avoir des relations sexuelles et à pouvoir procréer.

D'autre part, en célébrant leur 18 ans, les femmes atteignent la majorité et il est possible d'observer une nouvelle augmentation de l'indicateur analysé : 41,7% et 47,2% des femmes de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans avaient commencé leur activité sexuelle à cet âge.

Dans le tableau 4-1.2, les données présentées proviennent de l'Enquête nationale de la dynamique démographique (ENADID) réalisée par l'INEGI en 2009. Ces informations ont été générées tant au niveau national qu'à celui de Basse-Californie. Tout d'abord, on peut souligner la similitude de comportement entre les jeunes de Basse-Californie et la population aux mêmes âges de tout le pays. La seule différence serait le léger retard de l'âge à la première relation sexuelle, dans les groupes d'âge les plus jeunes en Basse-Californie, vis-à-vis du niveau national. En comparant les données de cette recherche avec celles rassemblées dans l'ENADID (2009), on observe de grandes similitudes entre les chiffres des deux sources d'information, à part le niveau plus bas de l'indicateur pour le groupe d'âge des plus jeunes, et des niveaux un peu plus élevés chez les plus de 19 ans dans l'enquête de Basse-Californie. Cela prouve la bonne qualité de la principale source de données qu'utilise cette recherche.

TABLEAU 4-1.2

**POURCENTAGE DES FEMMES SELON L'ÂGE DE LEUR PREMIERE
RELATION SEXUELLE**

AGE	18/19 ANS			20/24 ANS			25/29 ANS		
	JEUNES 2006	ENADID 2009		JEUNES 2006	ENADID 2009		JEUNES 2006	ENADID 2009	
	B.C.	B.C.	MEX.	B.C.	B.C.	MEX.	B.C.	B.C.	MEX.
13	1,3	1,5	1,3	0,6	1,2	1,2	1,5	1,3	1,3
14	3,3	3,4	4,2	2,5	4,5	4,4	4,1	3,8	4,5
15	8,2	10,5	11,0	8,1	9,0	10,7	11,3	10,3	11,7
16	16,2	19,0	20,4	15,1	16,7	19,4	18,8	18,7	20,9
17	27,1	30,7	31,4	26,7	27,7	29,7	30,1	31,9	31,6
18				41,7	42,1	43,0	47,2	47,4	45,5
19				51,7	51,5	52,3	60,0	56,8	55,4
20							73,5	62,5	63,9
21							78,4	66,6	68,7
22							82,6	69,3	73,3
23							86,3	72,5	77,2
24							88,0	75,2	80,4

SOURCE: Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006). Estimations basées sur les Enquêtes nationales de la dynamique démographique (ENADID 1992 et 2009).

L'analyse de cet indicateur par rapport à la migration montre qu'il existe un écart très important entre les femmes natives de Basse-Californie et celles originaires d'une autre entité fédérée. C'est particulièrement vrai chez les femmes qui au moment de l'enquête avaient entre 20 et 24 ans, puisque 46% d'entre elles avaient eu leur première relation sexuelle pendant l'adolescence alors que 60,1% des immigrées étaient dans ce cas (Tableau 4-1.3). Ainsi, on observe chez les jeunes de 25 à 29 ans que 56,9% de celles qui sont nées en Basse-Californie avaient débuté leur activité sexuelle lors de l'adolescence. Cet indicateur diminue de plus de dix points lorsqu'il s'agit du groupe d'âge des 20/24 ans. Chez les immigrées, la baisse enregistrée est d'un peu moins de

deux points (62,7 et 60,1 respectivement). Cet indicateur est révélateur d’une probabilité supérieure, chez les jeunes femmes qui ont immigré en Basse-Californie, d’un début plus précoce de la fécondité, en comparaison avec les femmes originaires de l’entité.

Il faut souligner que chez les plus jeunes, les différences entre femmes originaires et immigrées dans l’état péninsulaire, pour les trois groupes d’âge, sont particulièrement importantes. Ainsi, il y a une différence de 10 points, voire plus, quant à la part de celles qui avaient déjà commencé leur activité sexuelle. L’immigration paraît avoir une influence sur cette variable, spécialement chez les plus jeunes.

TABLEAU 4-1.3			
POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'AGE DE LA RELATION SEXUELLE PAR RAPPORT A LEUR ORIGINE ET PAR GROUPES D'AGE			
AGE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS

	ORIGINAIRE	IMMIGRÉE	ORIGINAIRE	IMMIGRÉE	ORIGINAIRE	IMMIGRÉE
13	0,7	2,8	0,4	0,8	0,9	1,7
14	2,3	5,4	1,9	3,3	3,7	4,1
15	6,4	12,4	4,9	13	9,3	12,7
16	12,6	24,6	11,6	20,3	15,1	21,8
17	23,1	36,3	22,2	33,3	24,9	34,7
18			37,1	48,5	44,3	49,7
19			46	60,1	56,9	62,7
20					68,1	78,4
21					73,5	82,9
22					78,8	86
23					83	89,4
24					84,6	91,2

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

Entre les jeunes femmes et les adolescentes, l'obtention ou non du visa pour se rendre aux États-Unis entraîne un écart encore plus important pour le pourcentage de femmes ayant eu une relation sexuelle avant l'âge de 17 ans. Pour le groupe d'âge des 20/24 ans, l'indicateur enregistre une différence de plus de 20% : respectivement 38.7% et 59 % (Tableau 4-1.4). En ce qui concerne les adolescentes de 18 et 19 ans, 18,9% de celles ayant déjà obtenu le visa avaient débuté leur activité sexuelle à 17 ans, alors que parmi celles ne possédant pas ce document la valeur respective était de 32.1%. L'interprétation de ces différences, selon l'hypothèse d'un plus grand contact avec le pays voisin du nord qui repousserait le début de l'activité sexuelle des jeunes femmes interrogées, ne coïncide pas avec l'environnement beaucoup plus libéral existant aux États-Unis. Il serait, par conséquent, important d'analyser s'il n'existe pas une autre variable intervenant dans cette association comme, par exemple, la scolarité des jeunes personnes. En effet, dans le tableau 4-1.5, on peut observer que parmi les femmes

possédant un visa, un tiers avait suivi au moins une année d'études professionnelles, alors que pour celles n'ayant pas ce document, le pourcentage respectif est 9.5%. On peut donc en conclure que les jeunes femmes en possession d'un visa constituent un groupe sélectionné, dans la population d'étude, pour son plus haut niveau de scolarité.

TABEAU 4-1.4

POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'ÂGE DE LA PREMIERE RELATION SEXUELLE EN PRENANT EN COMPTE L'OBTENTION D'UN VISA POUR LES ETATS-UNIS ET LEUR GROUPE D'ÂGE

ÂGE	18 ET 19 ANS		20 À 24 ANS		25 À 29 ANS	
VISA	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
11	0	0	0	0		0
12	0	0,4	0	0,2		0
13	0	2	0,4	0,7		0,3
14	1	4,6	1,7	2,9		1,9
15	1,6	12	3,5	10,7		5,6
16	8,1	20,9	6,1		20,1	
17	18,9	32,1	15,7		32,9	
18			29,5		48,6	
19			38,7		59	

SOURCE: Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

TABEAU 4-1.5

REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR GROUPES D'ÂGE DES JEUNES FEMMES SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE ET L'OBTENTION D'UN VISA POUR SE RENDRE AUX ETATS-UNIS

OBTENTION D'UN VISA POUR LES ÉTATS-UNIS	NIVEAU DE SCOLARITÉ				
	PRIMAIRE	COLLÈGE	LYCÉE	ÉTUDES SUPÉRIEURES	TOTAL
Oui	7,5	18,9	39,8	33,7	100,0
Non	23,9	38,4	28,1	9,5	100,0
Total	17,8	31,2	32,4	18,6	100,0

SOURCE: Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

Dans le but d'analyser plus profondément le degré de proximité vis-à-vis du modèle de vie du pays voisin, on a demandé aux personnes interrogées si elles préféreraient la manière de vivre au Mexique ou aux États-Unis, et si elles aimeraient aller y vivre (Tableaux 4-1.6 et 4-1.7). Pour la première de ces deux variables, les jeunes femmes entre 25 et 29 ans, qui s'identifient en grande partie avec le mode de vie des États-Unis, présentent un début d'activité sexuelle plus précoce que les personnes préférant celle du Mexique. Cette tendance observée dans le groupe des plus âgées ne se retrouve pas dans les groupes d'âge plus jeunes. En ce qui concerne la variable « vous aimeriez vivre aux États-Unis », les différences sont à peine perceptibles.

TABLEAU 4-1.6

POURCENTAGE PAR GROUPES D'ÂGE DE FEMMES SELON L'ÂGE DE LEUR PREMIÈRE RELATION SEXUELLE EN PRENANT EN COMPTE LEUR PRÉFÉRENCE POUR LE MODE DE VIE DU MEXIQUE OU DES ÉTATS-UNIS

ÂGE	18/19 ANS			20/24 ANS			25/29 ANS		
	MODE DE VIE DU MEXIQUE	MODE DE VIE DES ÉTATS-UNIS	LES DEUX	MODE DE VIE DU MEXIQUE	MODE DE VIE DES ÉTATS-UNIS	LES DEUX	MODE DE VIE DU MEXIQUE	MODE DE VIE DES ÉTATS-UNIS	LES DEUX
13	0	0	0	0	0	8,5	0	0	3,8
14	0	0	0	16,0	0	8,5	0	0	3,8
15	8,0	0	0	25,6	14,1	8,5	12,1	15,2	3,8
16	18,0	0	32,7	30,2	27,2	15,4	12,1	34,5	14,4
17	29,7	0	47,8	35,1	36,2	25,4	27,9	34,5	29,0
18				70,0	59,0	56,4	48,3	67,1	49,7
19				81,3	59,0	56,4	62,2	96,6	57,1
20							71,0	96,6	64,0
21							74,4	96,6	66,1
22							83,7	96,6	70,1
23							90,1	100,0	74,3

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

TABEAU 4-1.7

POURCENTAGE DE FEMMES AYANT EU DES RELATIONS SEXUELLES EN PRENANT EN COMPTE LEUR SOUHAIT DE VIVRE AUX ÉTATS-UNIS ET LEUR GROUPE D'ÂGE

ÂGE	18/19 ANS		20/24 ANS		25/29 ANS	
Aimerait vivre aux États-Unis	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
13	2,9	0,8	0,5	0,6	1,7	1,1
14	3,6	3,2	3,4	2,2	3,8	3,9
15	7,5	8,5	9,0	7,7	7,8	12,2
16	18,5	15,5	17,8	14,1	14,5	20,1
17	28,2	26,9	25,8	27,1	27,9	30,7
18			40,1	42,3	47,8	47,0
19			49,5	52,5	61,4	59,3
20					73,3	73,7
21					80,4	77,8
22					83,1	82,5
23					88,1	86,0
24					88,5	87,9

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

La scolarité est la variable provoquant les écarts les plus importants en ce qui concerne l'entrée dans la vie sexuelle : un peu plus de la moitié des jeunes femmes entre 20 et 24 ans, ainsi que celles qui, au moment de l'enquête, se trouvaient dans le groupe d'âge des 25/29 ans, et qui n'avaient pas terminé le collège, avaient eu leur première relation sexuelle avant d'avoir 18 ans. Pour ce niveau scolaire, la valeur passe à 62,1%, lorsqu'il s'agit de celles se trouvant encore dans l'adolescence à ce moment-là. Cette information laisse penser que l'âge à la première relation sexuelle diminue chez la population jeune ayant un niveau inférieur de scolarité en Basse-Californie. Cet indicateur baisse de manière importante conformément à l'augmentation du niveau de scolarité (lycée et études supérieures). Parmi les jeunes femmes et les adolescentes interrogées, qui avaient suivi au moins un an d'études professionnelles, les valeurs se situent à 6,5%, 7,1% et

12,9% pour, respectivement, les femmes de 25/29 ans, de 20/24 ans et de 18/19 ans. L'hypothèse d'une réduction de l'âge à la première relation sexuelle se confirme également chez les plus scolarisées. Le plus frappant, cependant, reste l'écart si important entre les femmes des deux catégories extrêmes de niveau de scolarité que nous avons considérées. Pour les trois groupes d'âge étudiés, les écarts oscillent entre 86% et 80% entre les deux catégories extrêmes du niveau de scolarité, en ce qui concerne le pourcentage de celles ayant commencé leur activité sexuelle à 17 ans (Tableau 4-1.8). De plus, il est essentiel de prendre en compte que la catégorie des jeunes femmes les moins scolarisées rassemble celles n'ayant pas terminé le collège. Il ne s'agit donc pas du degré extrême de marginalisation sociale pour cette variable.

Il est donc nécessaire de reprendre les données à propos de la scolarité (Tableau 3-1.9), car nous avons observé que cette variable augmente en fonction des différentes générations. Dans le groupe des plus jeunes (18 et 19 ans), 63,8% avaient étudié au moins une année de lycée en comparaison avec le groupe d'âge supérieur (25 à 29 ans) qui n'étaient pas plus de 40%.

TABLEAU 4-1.8

**POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'ÂGE DE LA RELATION SEXUELLE EN
PRENANT EN COMPTE LEUR NIVEAU DE SCOLARITE ET PAR GROUPES D'ÂGE**

ÂGE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS
-----	-----------	-----------	-----------

	PRIMAIRE	COLLÈGE	LYCÉE	ÉTUDES SUPÉRIEURES	PRIMAIRE	COLLÈGE	LYCÉE	ETUDES SUPÉRIEURES	PRIMAIRE	COLLÈGE	LYCÉE	ÉTUDES SUPÉRIEURES
13	8,0	1,1	0	0	0,7	0,7	0,5	0	5,0	0,9	0	0
14	17,9	3,0	0,4	0	5,4	3,6	1,0	0	10,4	4,5	0	0,8
15	36,5	10,0	2,0	0	19,7	12,0	2,9	1,0	21,6	15,0	3,3	0,8
16	46,6	30,5	5,6	0	33,6	23,6	4,7	2,8	32,3	23,2	11,7	0,8
17	62,1	42,2	14,4	12,9	44,6	40,2	18,8	7,1	46,6	36,4	20,8	6,5
18					60,5	56,1	35,5	18,4	62,3	53,0	41,2	21,4
19					71,7	65,1	47,6	26,7	75,1	68,7	51,7	31,4
20									85,4	82,5	66,7	46,4
21									86,9	86,8	71,8	57,7
22									89,5	91,1	75,0	65,1
23									91,7	93,7	81,6	69,8
24									93,3	94,7	82,7	74,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

La religion est une variable indépendante peu explorée dans les études démographiques, en particulier lorsqu'elle est associée au comportement reproductif de la population. L'analyse de l'association de cette variable avec l'indicateur ici examiné, le pourcentage de femmes qui à un certain âge ont déjà eu leur première relation sexuelle, donne d'importants résultats. L'écart entre les jeunes femmes ayant déclaré n'appartenir à aucune religion et les catholiques ou les protestantes est très marqué. Aucune autre religion citée n'a eu un poids suffisant pour être analysée de manière indépendante (Tableau 4-1.9). L'écart entre le pourcentage d'adolescentes de 18/19 ans ayant commencé leur activité sexuelle à l'âge de 17 ans et ne pratiquant aucune religion avec celles identifiées comme catholiques est de plus de 30 points. La valeur de cet

indicateur pour celles s'étant déclarées protestantes est encore plus basse, mais reste très proche du résultat obtenu par les catholiques. Pour les personnes interrogées entre 20 et 24 ans, 73% de celles n'appartenant à aucune religion avaient commencé leur activité sexuelle pendant l'adolescence, ce pourcentage diminue à 43,9% pour les protestantes.

TABLEAU 4-1.9

POURCENTAGE DE FEMMES AYANT EU UNE RELATION SEXUELLE A UN CERTAIN AGE SELON LEUR RELIGION ACTUELLE ET PAR GROUPES D'AGE

ÂGE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS
-----	-----------	-----------	-----------

	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES
13	2,4	1,3	1,6	0	5,8	0	0,8	0	0	1,3	3,6	0
14	18,2	2,4	1,6	0	10,4	1,4	4,5	2,3	2,7	4,2	3,6	0
15	31,7	7,1	5,6	0	20,5	6,4	8,1	16,9	16,5	10,7	10,1	8,7
16	38,3	15,6	12,5	3,5	30,3	13,4	13,6	22,5	26,6	18,0	16,3	17,9
17	59,0	25,8	21,8	20,0	45,2	25,4	23,2	23,9	37,4	29,1	33,3	25,4
18					60,1	41,3	33,3	36,8	58,8	46,8	44,8	35,3
19					73,0	51,1	43,9	42,1	77,4	59,3	55,8	49,2
20									84,4	73,5	68,4	62,3
21									84,4	79,2	70,7	70,7
22									88,7	83,2	75,0	76,6
23									90,0	87,0	80,9	81,9
24									92,6	88,3	83,2	86,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

Il existe des preuves que les modèles de comportement sexuel et reproductif se transmettent de génération à génération. Dans le tableau 4-1.10, on peut observer que les jeunes femmes, dont les mères ont eu leur premier enfant pendant l'adolescence, tendent à répéter le même patron de début précoce de la vie sexuelle et reproductive. 31,7% des femmes interrogées de 18/19 ans, dont les mères ont eu leur premier enfant pendant l'adolescence, c'est-à-dire avant d'avoir 20 ans, ont commencé leur activité sexuelle avant d'avoir atteint 18 ans. Cette valeur s'abaisse à 23% chez celles dont les mères ont débuté leur maternité après 19 ans.

TABLEAU 4-1.10

POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'ÂGE DE LEURS PREMIERES RELATIONS SEXUELLES EN PRENANT EN COMPTE L'ÂGE DE LEUR MERE A LA NAISSANCE DU PREMIER ENFANT ET LEUR GROUPE D'ÂGE									
ÂGE	18/19 ANS			20/24 ANS			25/29 ANS		
	PENDANT L'ADOLESCENCE	20 ANS OU PLUS	NE SAIT PAS	PENDANT L'ADOLESCENCE	20 ANS OU PLUS	NE SAIT PAS	PENDANT L'ADOLESCENCE	20 ANS OU PLUS	NE SAIT PAS
13	0,9	1,2	1,6	1,2	0,3	0,5	1,6	0,6	2,8
14	3,9	2,8	2,5	3,7	2,5	1,1	5,4	2,5	5,6
15	12,0	5,0	8,5	12,8	6,5	5,4	17,1	6,2	13,3
16	23,0	12,0	13,9	21,7	12,2	12,9	25,6	12,0	22,8
17	37,1	23,0	21,1	36,7	23,4	19,7	36,5	21,7	36,2
18				55,3	37,8	31,4	52,8	38,4	51,3
19				64,1	47,6	41,6	66,6	51,1	61,3
20							78,5	67,7	70,5
21							83,2	73,5	74,1
22							85,4	77,8	79,4
23							88,6	81,3	85,0
24							90,5	83,2	85,6

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006).*

Ce comportement se retrouve également chez les jeunes femmes interrogées qui, lors de l'enquête, se trouvaient dans les groupes quinquennaux 20/24 et 25/29 ans. 64,1% des jeunes personnes du premier groupe mentionné, dont les génitrices furent mères adolescentes, ont débuté leur activité sexuelle durant l'adolescence. Pour celles dont ce ne fut pas le cas, le pourcentage diminue à un niveau de 47,6%. Les valeurs qui correspondent au groupe d'âge des 25/29 ans sont respectivement 66,6% et 51,1%. Il

faut souligner qu'un quart des jeunes femmes ne connaissaient pas, lors de l'enquête, l'âge auquel leurs mères ont eu leur premier enfant, avec un pourcentage très semblable pour les trois groupes d'âge (tableau 4-1.10).

En résumé, les variables qui enregistrent les écarts les plus importants, au niveau du début précoce de l'activité sexuelle chez les jeunes femmes de Basse-Californie, sont celles qui se réfèrent à la scolarité. Lorsque l'on considère les catégories extrêmes, 45 points séparent, chez les 20/24 ans ayant débuté leur activité sexuelle pendant l'adolescence, celles qui « n'ont pas terminé le collège » et celles ayant suivi « au moins une année d'éducation supérieure ».

La religion est une autre variable notable dans cette perspective. La différence de l'indicateur analysé est de 29,1% entre celles n'appartenant à aucune religion et les femmes s'étant déclarées « protestantes ». La différence entre les protestantes et les catholiques est de près de 7%. Il faut souligner que, dans l'entité fédérée qui fait l'objet de cette étude, les catholiques continuent à donner le ton. Selon le Recensement de population et logement de 2010 (INEGI), ils représentent seulement 72,1% de la population totale de l'état (à partir de 5 ans), dépassé dans ce domaine par uniquement quatre états situés dans le sud-est du pays. La Basse-Californie est un des états concentrant la proportion la plus élevée de population dont la religion n'est pas le catholicisme. De plus, elle fait partie des quatre états possédant le pourcentage le plus élevé de population sans religion. Sans aucun doute, il s'agit d'une variable importante pour « expliquer » les écarts des pourcentages élevés de fécondité adolescente que nous observons ici.

Le fait de posséder ou pas un visa pour se rendre aux Etats-Unis engendre des écarts importants, même si, comme il a été précisé précédemment, le groupe ayant obtenu ce document est un groupe choisi caractérisé par un plus haut niveau de scolarité que le reste. C'est donc cette dernière variable qui induit les différences observées.

Les données de l'Enquête de santé reproductive chez les adolescentes de Basse-Californie montrent une possible augmentation de l'âge à la première relation sexuelle dans les dernières générations. Cette observation concorde avec d'autres analyses réalisées à partir d'autres bases de données : ENSAR 2003 (Welti, 2007) et ENADID 2006 (Palma, 2010).

A propos de l'âge auquel a lieu cet événement, on remarque une forte croissance après l'âge de 15 ans. La part de jeunes filles ayant déjà eu une activité sexuelle est doublée dans les 3 groupes d'âge. Comme le souligne Carlos Welti (Welti, 2007), le passage de 14 à 15 ans semble signifier, dans divers groupes de population, « un motif de célébration, tel un rituel, d'entrée sur le marché matrimonial, de l'aptitude à avoir des relations sexuelles et de pouvoir procréer ». Parmi les jeunes femmes de 20 à 29 ans, on observe une augmentation très importante, aux alentours de 18 ans, de l'âge auquel on atteint la majorité.

Comme il a déjà été mentionné auparavant, la scolarité et la religion sont associées de manière importante au calendrier de l'activité sexuelle. Il en va de même pour la migration, mais dans une moindre mesure. Être ou non native de Basse-Californie, aspect conceptuel central du développement de cette étude, engendre des différences quant au début de l'activité sexuelle chez les jeunes femmes interrogées, dans le cadre de l'enquête servant de base à cette analyse.

4.2 Union conjugale

L'âge atteint à la première union est une des variables intermédiaires qui est associée avec la fécondité. C'est aussi une des variables qui a montré des changements importants dans les dernières décennies. Ces changements peuvent être observés plus clairement parmi les générations récentes.

Selon les analyses effectuées au Mexique, il y a un retardement de l'âge des femmes à la première union, ainsi qu'une augmentation des unions libres et donc une diminution des unions formelles (voir ENFES, 1989; Ojeda, 2007 ; Quilodran, 2010 ; Ojeda, 2011), en particulier celles où on observait une double institutionnalisation (ecclésiastique et civile), et enfin, un nombre croissant de séparations et de divorces.

Une augmentation de l'âge de la première union est observée selon les sources analysées (ENFES, 1987 y ENSAR 2003). Par exemple, le pourcentage de femmes entre 45 et 49 ans qui avaient eu une union conjugale avant l'âge de 15 ans est passé de 12,8% à 6,2% entre les sources mentionnées ; c'est-à-dire qu'il s'est réduit de moitié en une période

d'environ 15 ans. Ce même indicateur pour celles qui ont eu leur première union entre 15 et 17 ans a diminué, passant de 26,7% à 19,7% pour la même période. La même situation est observée, bien que dans une moindre mesure, pour les femmes en âge fertile du reste des groupes d'âge.

Le pourcentage de femmes qui étaient encore célibataires entre 45 et 49 ans pour la période entre 1987 et 2003 a augmenté de 4,7% à 6,0% seulement. C'est-à-dire que malgré le fait qu'elles soient plus âgées, elles continuent à se mettre en couple massivement avec le temps.

Selon l'Enquête sur la santé de la reproduction à l'adolescence en Basse-Californie, parmi les jeunes femmes de 18 à 29 ans au moment de l'enquête 52,8% étaient encore célibataires. Dans 5,8% des cas, les femmes ont vécu la rupture d'une relation de vie en couple. Des proportions similaires (20,3% et 21,1% respectivement) vivaient en couple ou dans une union conjugale formelle (mariage civil ou religieux). Il est important de noter que les changements entre les trois groupes d'âge considérés sont d'une magnitude considérable ; le pourcentage de femmes célibataires passe de 79,9% dans le groupe d'âge de 18/19 à 61,8 % dans le groupe d'âge de 20/24 ans et à 26,9% chez celles qui avaient de 25 à 29 ans ; soit une diminution de 66,4% entre les deux groupes des extrêmes de l'étude.

Ce constat était attendu puisque le groupe analysé est celui où les transitions vers l'âge adulte, à travers l'union conjugale, se produisent avec une plus grande intensité. Un autre aspect qu'il faut souligner est que parmi les plus jeunes femmes interrogées, le pourcentage des adolescentes qui vivaient en union libre représentait près du triple de celles qui étaient mariées ; le groupe de femmes dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans qui étaient dans la première situation dépassait de cinq points celui des femmes mariées. Seulement dans le groupe de femmes âgées de 25 à 29 ans, le pourcentage de jeunes filles dont l'union a été officialisée soit par le mariage civil ou religieux est supérieur à celui des femmes qui vivent en union libre (38,1% et 25,5%). De toute manière, il est intéressant de voir que plus de la moitié des femmes interrogées étaient célibataires au moment de l'enquête, dont plus d'un quart étaient dans le groupe d'âge de 25 à 29 ans (Tableau 4-2.1). Vingt ans avant la réalisation de cette enquête (ENFES, 1987),

seulement 18,2% de femmes entre 25 et 29 ans du pays étaient célibataires, 41,2% parmi celles qui se trouvaient dans le groupe de référence.

TABLEAU 4-2.1

REPARTITION EN POURCENTAGE DES JEUNES FEMMES PAR RAPPORT A LEUR SITUATION CIVILE PAR GROUPES D'AGE

	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS	TOTAL
Union libre	13,0	19,6	25,5	20,3
Mariée	4,5	14,7	38,1	21,1
Séparée	2,6	3,9	9,5	5,8
Célibataire	79,9	61,8	26,9	52,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

Nous pouvons alors affirmer que l'union libre est un choix que les plus jeunes femmes de Basse-Californie sont en train d'adopter au détriment du mariage civil ou religieux.

En ce qui concerne l'âge au moment de la première union, 15,2% des femmes qui au moment de l'enquête avaient entre 18 et 19 ans étaient déjà mariées ou avaient déjà vécu en couple à 17 ans. Chez les femmes de 20/24 et de 25/29 ans, cela est survenu à 19 ans pour 26,4% et 29,8% des femmes respectivement. Enfin, parmi les femmes interrogées du groupe d'âge des femmes plus âgées, presque 60% d'entre elles vivaient en couple à 24 ans (Tableau 4-2.2).

TABLEAU 4-2.2

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON L'AGE DE LEUR PREMIERE UNION CONJUGALE PAR GROUPES D'AGE

AGE DE LA	GROUPES D'AGE
-----------	---------------

PREMIERE UNION	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS
13	1,4	0,6	0,3
14	2,7	2,0	1,5
15	4,9	3,2	3,7
16	8,2	6,6	8,6
17	15,2	11,1	13,3
18		19,3	21,6
19		26,4	29,8
20			38,3
21			44,6
22			51,0
23			55,4
24			59,9

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Les écarts entre les jeunes femmes originaires de Basse-Californie et celles qui proviennent d'une autre entité fédérée sont très importants. Dans le groupe d'âge de 18/19 ans, deux fois plus des femmes nonoriginaires de l'entité soit 23,5% avaient déjà eu une union conjugale à 17 ans, en comparaison des femmes originaires de Basse-Californie dont seulement 11,7% d'entre elles avaient eu cette expérience. Dans les groupes d'âge des jeunes femmes interrogées, l'écart est proportionnellement inférieur, mais tout en restant constant : un tiers des femmes nonoriginaires avaient déjà eu une union conjugale à 19 ans, ainsi que 21,5% des femmes originaires de l'entité. Dans le groupe d'âge 25/29 ans, il y a une différence de quinze points de pourcentage par rapport aux femmes qui ont vécu cette union avant 25 ans. Pour les deux groupes d'âge analysés, femmes originaires et nonoriginaires de Basse-Californie, les pourcentages respectifs sont 52.1% et 67,2% (Tableau 4-2.3).

TABLEAU 4-2.3

**REPARTITION EN POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES SELON L'AGE AU
MOMENT DE LA PREMIERE UNION CONJUGALE ET SELON SI ELLES SONT
ORIGINAIRES OU NON DE BASSE-CALIFORNIE**

AGE

18/19 ANS

20/24 ANS

25/29 ANS

	ORIGINAIRES	NON ORIGINAIRES	ORIGINAIRES	NON ORIGINAIRES	ORIGINAIRES	NON ORIGINAIRES
13	0,2	4,3	0,2	1,2	0,5	0,2
14	1,0	6,6	1,0	3,4	2,1	1,0
15	2,6	10,2	1,5	5,7	3,8	3,6
16	5,2	15,1	5,0	9,0	8,2	8,9
17	11,7	23,5	7,9	15,8	11,4	15,0
18			15,8	24,6	19,9	23,2
19			21,5	33,7	26,9	32,4
20					33,7	42,6
21					39,3	49,4
22					44,2	57,2
23					48,5	61,9
24					52,1	67,2

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

L'âge de la première union montre des comportements largement différents lors de l'analyse des données selon le niveau de scolarité (Tableau 4-2.4). Chez les femmes qui n'avaient pas terminé l'école secondaire, 35,5% avaient déjà eu à 17 ans une union conjugale, et seulement 5,4% de celles qui avaient terminé au moins une année de lycée. Pour le groupe d'âge 20/24 ans, le pourcentage des femmes ayant vécu avec un homme pour la première fois à l'adolescence est dix fois plus élevé pour celles dans la catégorie des moins scolarisées par rapport à celles qui avaient fini au moins un an d'études supérieures. La façon de se comporter des jeunes femmes plus âgées est similaire. De plus, 68,5% de celles qui avaient une scolarité au-dessous du niveau secondaire avaient déjà eu une union conjugale avant l'âge de 25 ans, alors que seulement 35,8% (presque la moitié) des femmes qui avaient eu une formation professionnelle ont vécu cette situation.

TABLEAU 4-2.4

REPARTITION EN POURCENTAGE DES JEUNES SELON L'ÂGE DE LA PREMIERE UNION CONJUGALE, ET SELON LEUR SCOLARITE

AGE	18/19 ANS				20/24 ANS				25/29 ANS			
	SECONDAIRE INCOMPLÈTE	SECONDAIRE COMPLÈTE	LYCÉE	ETUDES SUPÉRIEURES	SECONDAIRE INCOMPLÈTE	SECONDAIRE COMPLÈTE	LYCÉE	ETUDES SUPÉRIEURES	SECONDAIRE INCOMPLÈTE	SECONDAIRE COMPLÈTE	LYCÉE	ETUDES SUPÉRIEURES
13	6,5	1,2	0,3	0,0	1,8	0,8	1,1	0,0	2,1	0,0	0,9	0,7
14	14,1	2,6	0,3	0,0	3,8	1,9	1,1	0,0	5,3	0,3	1,4	0,7
15	18,2	7,6	0,9	0,0	10,1	5,7	1,1	0,0	8,7	3,8	1,4	0,7
16	31,5	13,4	3,3	0,0	14,2	9,2	1,1	0,4	16,0	8,7	2,1	1,5
17	35,5	24,5	5,4	0,0	22,8	19,4	5,3	1,8	23,6	15,4	7,9	3,2
18					34,3	29,2	11,5	2,2	32,9	23,4	13,3	3,9
19					41,8	36,2	20,1	4,5	43,6	32,4	22,3	6,5
20									50,7	44,2	32,4	10,3
21									56,2	51,3	37,8	19,1
22									61,2	58,5	46,4	25,5
23									65,5	62,9	54,4	32,6
24									68,5	66,8	57,8	35,8

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

La religion a une influence aussi sur l'âge de la première union conjugale. Le fait de ne pas avoir de religion favorise les unions conjugales précoces. Une différence plus forte est observée entre les jeunes femmes pratiquantes et celles qui ont déclaré ne pas pratiquer une religion. Par exemple, un tiers de nonpratiquantes qui avaient entre 18 et 19 ans au moment de l'enquête avaient déjà eu une union conjugale à 17 ans ; alors que chez les adolescentes protestantes le pourcentage pour cet indicateur n'est que de 10,7%. Les catholiques se trouvent dans une situation intermédiaire, mais beaucoup plus proche

de celle observée chez les protestantes : 14,8% avaient déjà eu une union conjugale à 17 ans (Tableau 4-2.5).

TABLEAU 4-2.5

**REPARTITION EN POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES SELON L'AGE
DE LA PREMIERE UNION CONJUGALE ET SELON LEUR RELIGION
ACTUELLE**

AGE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS
-----	-----------	-----------	-----------

	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES
13	7,1	1,2	0,0	0,0	4,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
14	11,9	2,1	2,0	0,0	7,5	1,4	1,4	2,3	1,3	1,8	0,0	0,0
15	14,1	4,4	4,8	0,0	10,0	2,7	1,4	2,3	5,1	3,8	2,0	2,6
16	19,4	7,5	10,7	0,0	13,8	6,3	5,1	2,3	11,2	8,8	7,4	2,6
17	33,3	14,8	10,7	7,8	20,5	10,7	8,6	8,3	16,7	13,0	14,8	7,8
18					34,9	18,6	11,9	15,9	29,5	21,0	22,9	16,3
19					50,4	24,8	19,0	24,9	38,0	28,9	30,5	29,8
20									46,2	37,9	36,2	37,7
21									48,5	44,5	42,6	46,2
22									55,6	50,6	48,8	56,0
23									58,2	54,7	55,2	69,4
24									60,6	58,9	62,7	76,1

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Le panorama est similaire parmi les femmes entre 20 et 24 ans; la moitié d'entre elles qui ne pratiquaient aucune religion avaient eu leur première union conjugale à l'adolescence, tandis que le niveau de cet indicateur est de 24,8% et 19% respectivement chez les catholiques et les protestantes.

Egalement, la variable est associée au fait que la mère ait eu son premier enfant à l'adolescence, mais dans ce cas, les écarts dans l'indicateur sont inférieurs (Tableau 4-2.6). Parmi les variables dépendantes analysées, il y a l'âge du premier rapport sexuel,

l'âge de la première grossesse et l'âge de la première union conjugale. Cette dernière variable est celle qui est la moins liée avec le comportement reproductif de la mère.

<div> <div>TABLEAU 4-2-6</div> <div> <div>REPARTITION EN POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES SELON L'AGE DE LEUR PREMIERE UNION CONJUGALE ET SELON L'AGE DE LA MERE A LA NAISSANCE DE SON PREMIER ENFANT</div> </div> </div>			
AGE	18/ 19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS
	MÈRE ADOLESCENTE	MÈRE ADOLESCENTE	MÈRE ADOLESCENTE

	OUI	NON	ELLE NE SAIT PAS	OUI	NON	ELLE NE SAIT PAS	OUI	NON	ELLE NE SAIT PAS
13	2,2	0,8	0,8	1,1	1,1	0,5	1,6	0,3	1,2
14	5,6	1,2	0,8	1,6	1,8	1,5	3,2	0,6	2,8
15	7,4	2,5	3,4	5,4	3,4	3,2	5,6	1,9	6,2
16	14,2	5,4	8,5	8,7	4,8	5,4	12,0	3,5	11,4
17	19,7	9,9	11,3	17,7	9,6	10,5	19,4	8,2	17,2
18				25,5	16,2	15,0	26,5	14,7	21,7
19				32,3	23,0	19,2	38,7	22,2	26,6
20							47,3	30,9	35,0
21							54,6	38,4	40,2
22							57,8	46,5	50,5
23							63,9	52,8	54,3
24							67,0	57,0	56,4

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

4.3 Contraception

Selon Davis et Blake, la contraception est l'une des variables intermédiaires que détermine la fécondité. Les diminutions de la fécondité observées dans le pays, depuis les années soixante-dix, ont eu comme origine une augmentation significative de l'utilisation de méthodes contraceptives, alors que d'autres variables telles que le mariage, l'allaitement ou la fréquence des rapports sexuels n'ont pas montré de changements qui modifient les niveaux de cette variable de façon significative.

Le début de l'activité sexuelle se produit précocement chez la population étudiée d'après l'analyse réalisée dans ce travail. En outre, un pourcentage élevé des premières grossesses n'était pas planifié. Par conséquent, dans la question de la contraception on a

considéré que l'indicateur plus important à analyser est l'utilisation d'une méthode contraceptive pendant le premier rapport sexuel, et les raisons de sa non-utilisation.

Nous avons estimé le taux de prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives concernant les femmes interrogées qui avaient eu des rapports sexuels au cours du mois précédant l'enquête et qui n'étaient pas enceintes. Les niveaux de cet indicateur sont élevés pour les trois groupes d'âge : 87,3% des adolescentes qui avaient entre 18 et 19 ans utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête, 82,3% des celles entre 20 et 24 ans et 83,3% de femmes entre 25 et 29 ans (Tableau 4-3.1). Alors, selon l'enquête 83,5% des femmes interrogées, qui étaient exposées au risque d'une grossesse, c'est-à-dire celles qui ont eu des rapports sexuels au cours du dernier mois et qui n'étaient pas enceintes, utilisaient une méthode de régulation de la fécondité. Comme nous pouvons l'observer, le niveau d'utilisation est très similaire pour les trois groupes d'âge considérés.

L'enquête élaborée dans le cadre de cette étude considère l'importance d'avoir une approche plus en profondeur quant à la population qui présente des risques au niveau de la grossesse. De cette façon, les comparaisons qui sont réalisées quant à la couverture d'accès des femmes en âge de procréer donneront toujours des valeurs supérieures pour le premier indicateur.

TABLEAU 4-3.1

POURCENTAGE DE JEUNES QUI NE SONT PAS ENCEINTES QUI ONT EU DES RAPPORTS SEXUELS PENDANT LE DERNIER MOIS, SELON SI ELLES UTILISENT OU NON UNE METHODE CONTRACEPTIVE PAR GROUPES D'AGE

UTILISATION D'UNE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS	TOTAL
----------------------	-----------	-----------	-----------	-------

MÉTHODE				
Oui	87,3	82,3	83,3	83,5
Non	12,7	17,7	16,7	16,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie</i> (2006).				

Selon les données proportionnées par les enquêtes nationales sur la dynamique démographique des années 2006 et 2009 pour la moyenne nationale concernant les femmes en âge fertile réunies, les estimations de couverture de l'utilisation des méthodes contraceptives sont de 44,7%, 62,9% et 66,5% et 39,4% 57,8% et 65,8% pour les groupes d'âge respectif (15/19, 20/24 et 25/29 ans). Comme on peut le constater, ces valeurs sont nettement inférieures à celles présentées pour la Basse-Californie. Cette situation est en partie due au fait que les dénominateurs utilisés sont différents ; le dénominateur de l'entité étudiée inclut seulement des couples qui ont déclaré avoir eu une activité sexuelle au cours du mois précédant l'enquête, alors que l'ENADID (2006 et 2009) fait référence à des femmes qui vivaient en union matrimoniale. Cependant, il est intéressant de noter que si les données proportionnées par les trois sources sont correctes par rapport à l'indicateur mesuré, les différences donneraient des pistes qui indiqueraient que la Basse-Californie est un état où une grande part des adolescents et des jeunes femmes sexuellement actives (en couple ou célibataires) utilisent une méthode de régulation de la fécondité.

Les méthodes plus utilisées par ces jeunes femmes sont les hormonales orales ainsi que le préservatif (environ un quart). Tandis que près d'un cinquième d'elles utilisaient le stérilet et un pourcentage similaire utilisaient les injections. Le reste des méthodes ont un poids très faible chez les utilisatrices dans la population cible de l'étude (Tableau 4-3.2). Des différences entre groupes d'âge sont observées pour cette variable, la plus remarquable est l'utilisation du préservatif chez les adolescentes au moment de l'enquête : un tiers d'elles utilisaient cette méthode. Alors que le niveau baisse à 17,9%, parmi les femmes d'entre 25 et 29 ans. En revanche, l'utilisation du stérilet augmente chez les femmes de ce groupe d'âge, ainsi que chez les 20/24 ans. L'utilisation de

méthodes locales autres que le préservatif et les méthodes traditionnelles (le rythme et le retrait) est très faible dans la population étudiée. Un autre fait qui attire notre attention est que 12,6% des femmes qui au moment de l'enquête avaient entre 25 et 29 ans utilisaient une méthode différente de celles sur la liste ; dont la vasectomie ou la ligature des trompes, car il s'agit de la population plus âgée prise en compte dans cette analyse et qui pourrait donc avoir déjà atteint la taille de famille désirée, ou bien la contraception d'urgence est également une possibilité.

TABLEAU 4-3.2

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI UTILISENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LA METHODE CHOISIE, PAR GROUPES D'AGE

MÉTHODE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS	TOTAL
Norplant	2,2	0,0	1,4	1,1
Stérilet	14,2	22,1	20,6	20,3

Pilules	31,8	20,2	24,9	24,2
Injections	18,2	19,6	19,8	19,6
Préservatifs	32,7	30,8	17,9	23,5
Locales (diaphragma, spermicides)	0,0	0,0	0,3	0,2
Rythme	0,0	2,6	1,3	1,5
Retrait	0,9	1,0	1,2	1,1
Autres	0,0	3,7	12,6	8,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

Les résultats de l'enquête de Basse-Californie montrent (comme nous l'avons constaté dans le chapitre 3) que deux tiers des femmes avaient déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête. Parmi elles, plus de la moitié n'a pas utilisé une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel (52%). Les niveaux de cet indicateur sont similaires pour les trois groupes d'âge considérés (Tableau 4-3.3).

TABLEAU 4-3.3

REPARTITION EN POURCENTAGE DE FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, PAR GROUPES D'ÂGE

ELLE A UTILISÉ UNE MÉTHODE	18/19 ANS	20/24 ANS	25/29 ANS	TOTAL
Oui	49,3	46,9	48,6	48,0

Non	50,7	53,1	51,4	52,0
Total	100,0	36,9	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Pourtant, le niveau d'utilisation d'une méthode contraceptive pendant le premier rapport sexuel est associé de façon significative avec l'âge au moment du premier rapport sexuel. Nous pouvons observer dans le tableau 7.4 que seulement 15,9% des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de quinze ans ont fait quelque chose pour ne pas tomber enceintes lors de cette première expérience ; le niveau d'utilisation augmente rapidement avec l'âge ; 31,6% des femmes interrogées qui ont eu cette première expérience à 15 ou 16 ans se sont protégées contre une grossesse non désirée, ainsi que près de la moitié des femmes qui avaient entre 17 et 18 ans et 64,1% de celles qui ont eu leur premier rapport sexuel à la fin de l'adolescence (19/20 ans). Il est important de noter que ce rythme de croissance s'arrête lors du passage au groupe des femmes qui ont initié leur activité sexuelle après l'âge de 20 ans, nonobstant il reste à un niveau supérieur au 50%. Le comportement observé est certainement associé à un plus haut degré de connaissance et d'autodétermination chez les femmes en même temps que l'âge augmente, tandis que la décroissance du rythme quand on passe au groupe d'âge ayant eu cette expérience après l'adolescence est probablement associé au désir d'une grossesse.

TABLEAU 4-3.4

REPARTITION EN POURCENTAGE DE FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LEUR AGE QU'ELLES AVAIENT

	MOINS DE 15 ANS	15/16 ANS	17/18 ANS	19/20 ANS	PLUS DE 20 ANS	TOTAL
Oui	15,9	31,6	48,2	64,1	55,5	48,0
Non	84,1	68,4	51,8	35,9	44,5	52,0

Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Le tableau 4-3.4 présente la répartition en pourcentage des femmes selon leur lieu d'origine qui ont fait quelque chose pour ne pas tomber enceintes lors de leur premier rapport sexuel. Les chiffres montrent que les femmes originaires de Basse-Californie (53%) se sont protégées contre une grossesse lors de leur premier rapport sexuel dans une plus grande mesure que les nonoriginaires (43%). Si l'on désagrége le groupe des femmes nonoriginaires selon leur région de naissance (Tableau 4-3.6), on observe que l'utilisation d'une méthode contraceptive est plus faible parmi les jeunes femmes originaires du sud du pays ; ainsi que chez les femmes provenant de la partie occidentale. Cet indicateur s'élève parmi celles qui sont nées dans le nord-ouest et dans le centre du Mexique. Cependant, le plus haut niveau de l'utilisation est observé chez les jeunes femmes nées en Basse-Californie ; c'est-à-dire celles qui, au moment de l'enquête, se trouvaient dans leur lieu d'origine.

TABLEAU 4-3.5

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, SELON SI ELLES SONT ORIGINAIRES OU NON DE BASSE-CALIFORNIE

ELLES ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS	ORIGINAIRES	NON ORIGINAIRES	TOTAL
---	--------------------	------------------------	--------------

TOMBER ENCEINTES			
Oui	53,0	42,9	48,1
Non	47,0	57,1	51,9
Total	100,0	100,0	100,0
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)</i> .			

TABLEAU 4-3.6

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LEURS LIEUX DE NAISSANCE

ELLES ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES	B.C.	NORD-OUEST	OCCIDENT	SUD	CENTRE	AUTRES ÉTATS	TOT
Oui	53,3	48,8	36,1	31,1	49,5	42,1	48,
Non	46,7	51,2	63,9	68,9	50,5	57,9	52,
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)</i> .							

L'écart est également conséquent entre les femmes qui ont déjà obtenu un visa pour aller aux États-Unis d'Amérique (42,4%) et celles qui ne l'ont jamais obtenu (25,5%) (Tableau 4-3.7).

TABLEAU 4-3.7

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON SI ELLES ONT EU OU

NON UN VISA POUR RENTRER AUX ÉTATS-UNIS			
ELLES ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES	ELLE A DÉJÀ EU UN VISA	ELLE N'À JAMAIS EU UN VISA	TOTAL
Oui	42,4	25,5	48,0
Non	57,6	74,5	52,0
Total	100,0	100,0	100,0
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie</i> (2006).			

D'autres variables qui tentent une approche possible à propos de l'influence du pays voisin du nord sont les suivantes : « vous préférez le mode de vie du Mexique ou celui des États-Unis » et « est-ce que vous aimeriez vivre aux États-Unis d'Amérique ». Elles ne montrent aucune influence sur la variable d'intérêt (Tableaux 4-3.8 et 4-3.9).

TABLEAU 4-3.8

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, SELON LEUR MODE DE VIE PRÉFÉRÉ, PAR GROUPES D'ÂGE

AGE	18/19 ANS		20/24 ANS		25/29 ANS		TOTAL	
ELLES ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

NE PAS TOMBER ENCEINTES	51,2	72,5	54,2	37,7	54,9	60,0	54,3	53,4
Mode de vie au Mexique	0,0	0,0	17,8	36,3	29,1	24,2	22,4	26,2
Mode de vie aux Etats- Unis	48,8	27,5	28,0	26,0	16,0	15,8	23,3	20,4
Les deux Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

TABEAU 4-3.9

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, SELON SI ELLES AIMERAIENT VIVRE OU PAS AUX ETATS-UNIS

ELLES ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES	ELLES AIMERAIENT	ELLES N'AIMERAIENT PAS	TOTAL
--	-------------------------	-----------------------------------	--------------

Oui	24,2	24,3	48,0
Non	75,8	75,7	52,0
Total	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

La scolarité est à nouveau la variable qui montre de grands écarts en ce qui concerne ce comportement. En effet, 33,8% des jeunes femmes qui ont assisté à l'école primaire au moins un an ont utilisé une méthode de contraception lors de leur premier rapport sexuel. Tandis que parmi celles qui sont arrivées jusqu'aux études supérieures cet indicateur montre un niveau de 70,8% (Tableau 4-3.10). L'influence de cette variable concernant la protection au début de la vie sexuelle des jeunes femmes est seulement dépassée par celle qui s'observe à l'âge auquel cela s'est produit.

TABLEAU 4-3.10

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE

ELLES ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES	NIVEAU PRIMAIRE	NIVEAU SECONDAIRE	LYCÉE OU ÉQUIVALE NT	NIVEAU ÉTUDES SUPÉRIEURES	TOTAL
Oui	33,8	42,8	57,6	70,8	48,0
Non	66,2	57,2	42,4	29,2	52,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie</i> (2006).					

Environ la moitié des femmes qui ont déclaré leur appartenance à la religion catholique ont utilisé une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel. Il s'agit d'un pourcentage similaire à celui des femmes qui ont manifesté leur non-appartenance à une religion. Cependant, on peut observer une différence d'environ huit points de pourcentage par rapport au groupe qui a déclaré être protestant (Tableau 4-3.11). La religion, aussi bien catholique que protestante, semble donc avoir une influence sur le retardement du début de l'activité sexuelle chez les jeunes de Basse-Californie comme cela a été mentionné auparavant. Mais apparemment, l'utilisation de méthodes contraceptives est moins fréquente chez les protestantes, ce qui est cohérent avec le fait que les jeunes femmes protestantes atteignent l'âge de la première grossesse de façon plus précoce que les femmes catholiques.

TABLEAU 4-3.11

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LA RELIGION ACTUELLE

ELLES ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES					
	AUCUNE	CATHOLIQUE	PROTESTANTE	AUTRES	TOTAL
Oui	47,9	48,6	40,8	51,1	48,0
Non	52,1	51,4	59,2	48,9	52,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)</i> .					

Les jeunes femmes ont déclaré le fait qu'elles n'avaient pas l'intention d'avoir de rapports sexuels comme la principale raison de ne pas avoir utilisé une méthode contraceptive (49,1% des femmes interrogées ont donné cette réponse). Différents auteurs ont mentionné que le début de l'activité sexuelle à l'adolescence s'accompagne d'un sentiment de culpabilité. L'utilisation d'un contraceptif sous-entend la planification de l'acte qui devient donc difficile à réaliser lorsqu'il est perçu comme quelque chose d'inapproprié.

Cette affirmation se soutient quand on analyse le tableau 4-3.12 dans lequel est présentée la répartition en pourcentage des femmes qui n'ont rien fait lors de leur premier rapport sexuel pour éviter une grossesse, par rapport à la raison de la non-utilisation et à l'âge groupal du premier rapport sexuel. L'importance de cette raison diminue de plus de quarante points de pourcentage entre le groupe de jeunes qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (59,1%) et celles qui l'ont eu après l'âge de 20 ans (14,6%). Ce résultat montre que l'âge au moment du premier rapport sexuel est en soi une variable qui augmente la probabilité d'autodétermination des femmes, dont la possibilité de planifier un rapport sexuel existe. Il est également possible que beaucoup d'entre elles vivent déjà en union conjugale.

TABLEAU 4-3.12

REPARTITION EN POURCENTAGE DES JEUNES FEMMES QUI N'ONT RIEN FAIT POUR EVITER UNE GROSSESSE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT

	SEXUEL, SELON LA RAISON DE LA NON-UTILISATION ET PAR GROUPES D'ÂGE				
--	--	--	--	--	--

RAISON DE LA NON-UTILISATION D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE	MOINS DE 15 ANS	15/16 ANS	17/18 ANS	19/20 ANS	PLUS DE 20 ANS
Elle n'avait pas prévu d'avoir de rapports sexuels	59,1	51,5	49,4	36,4	14,6
Elle n'a pas osé le dire à son partenaire	4,9	6,9	5,3	6,5	15,6
Elle croyait qu'elle ne pouvait pas tomber enceinte	12,5	19,4	18,5	18,1	13,9
Elle n'a pas osé se procurer une méthode contraceptive	3,0	1,5	2,6	0,0	0,0
Son partenaire s'est opposé	1,4	2,3	1,3	0,0	0,0
Obstacles pour y accéder	11,4	6,0	2,5	1,4	0,0
Elle voulait tomber enceinte	7,7	9,3	17,2	34,5	38,4
Autres	0,0	3,1	3,2	3,1	17,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

En revanche, le poids du désir d'une grossesse augmente considérablement. Seulement 7,7% des jeunes femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans ne se sont pas protégées avec une méthode contraceptive parce qu'elles voulaient tomber enceintes, tandis que ce pourcentage s'élève à 38,4% parmi celles qui l'ont fait après l'âge de 20 ans.

Les éléments liés à l'accès aux méthodes contraceptives : « elle ne connaissait pas les méthodes, elle ne savait pas comment les utiliser ou elle ne savait pas où les trouver » diminuent également avec l'âge. Pour le groupe qui a commencé de manière précoce son activité sexuelle, cela représentait 11,4%, tandis que parmi celles qui l'ont fait à la

fin de l'adolescence, ce pourcentage représentait seulement 1,4%. Nous n'avons pas trouvé de femme sans accès à un moyen de régulation de la fécondité parmi celles ayant eu leur premier rapport sexuel après l'âge de 20 ans. Le reste des raisons de la non-utilisation d'une méthode contraceptive pendant le premier rapport sexuel ont un patron beaucoup moins défini par rapport à cette variable.

La scolarité est également associée au poids des différentes raisons pour la non-utilisation d'un contraceptif lors du premier rapport sexuel, mais dans une moindre mesure que ce qui a été observé avec la variable précédente (Tableau 4-3.13). Dans ce cas, les problèmes d'accès aux différentes méthodes de contraception diminuent. Le désir d'une grossesse a également un poids plus faible en tant que raison pour la non-utilisation d'une méthode quand la scolarité augmente ; ainsi que le fait de ne pas avoir planifié de rapports sexuels. Cependant, l'écart entre les femmes les plus scolarisées et les moins scolarisées est seulement de cinq points. L'association de cette variable aux raisons de la non-utilisation d'une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel demeure moins frappante que dans le cas d'autres variables.

TABLEAU 4-3.13

REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI N'ONT RIEN FAIT LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL POUR NE PAS TOMBER ENCEINTES, SELON LA RAISON DE LA NON-UTILISATION D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE ET SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE

RAISON DE LA NON-	NIVEAU	NIVEAU	LYCÉE OU	EDUCATION
-------------------	--------	--------	----------	-----------

UTILISATION	PRIMAIRE	SECONDAIRE	ÉQUIVALENT	SUPÉRIEURE
Elle n'avait pas prévu d'avoir de rapports sexuels	48,0	46,1	56,8	53,0
Elle n'a pas osé le dire à son partenaire	6,6	5,9	4,9	9,0
Elle croyait qu'elle ne pouvait pas tomber enceinte	15,6	20,2	18,3	15,1
Elle n'a pas osé se procurer une méthode contraceptive	1,1	2,4	0,6	4,6
Son partenaire s'est opposé	1,7	1,5	1,3	0,0
Obstacles pour y accéder	6,9	4,3	2,4	3,5
Elle voulait tomber enceinte	17,6	16,5	12,6	11,3
Autres	2,5	3,1	3,1	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie (2006)*.

CHAPITRE 5

ANALYSE DU KHI CARRE ET MODELE DE REGRESSION LOGISTIQUE MULTIVARIE

Afin de déterminer le degré de relation entre la principale variable dépendante de cette étude, à savoir l'âge de la première grossesse, et les variables indépendantes considérées, des tests de Khi carré ont été réalisés tout en prenant en compte que les variables introduites dans l'analyse sont de nature catégorique. Cet exercice a été exécuté pour les deux variables dépendantes : le pourcentage de femmes ayant eu ou pas au moins une grossesse avant 18 ans. Dans ce cas, on a considéré l'ensemble des femmes interrogées et le pourcentage de femmes étant tombées enceinte ou pas pendant l'adolescence en s'appuyant seulement sur le groupe des 20/29 ans.

Lors de la première application, seules deux variables ne présentèrent pas d'association significative : « si vous aimeriez vivre ou pas aux USA » et « si vous préférez le mode vie du Mexique ou des États-Unis ». Dans le reste des cas (« êtes-vous ou non originaire de Basse-Californie », « scolarité », « avez-vous déjà obtenu un visa pour vous rendre aux États-Unis », « la mère a eu son premier enfant pendant l'adolescence » et « la religion »), les variables révèlent une association significative (Tableau 5-1.1).

TABLEAU 5-1.1

ANALYSE D'INDEPENDANCE ENTRE AVOIR EU OU NON UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS ET VARIABLES INDEPENDANTES (SOCIOECONOMIQUES). ENSEMBLE DE LA POPULATION INTERROGEE DE 18 A 29 ANS

VARIABLE	KHI CARRÉ	DEGRÉS DE LIBERTÉ	SIGNIFICATION
Obtention du visa pour les USA	47,732	1	0,000
La personne interrogée est originaire	21,758	1	0,000
Grossesse de la mère pendant l'adolescence	63,815	1	0,000
Niveau de scolarité	204,287	3	0,000
Religion	23,610	3	0,000
Désir de vivre aux USA	0,681	1	0,409
Mode de vie USA ou Mexique	5,481	2	0,065

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Concernant les variables indépendantes considérées, le degré d'association est considérablement plus élevé dans le cas de la scolarité, suivi de la variable « âge de la

mère de la personne interrogée lors de la naissance du premier enfant, avant ou après l'adolescence ».

Les données mentionnées permettent d'assurer que, à l'exception des deux déjà citées, il existe une association significative entre les variables, bien que l'on ne puisse pas définir la nature et la signification de cette association.

Les tableaux présentent les valeurs absolues pour chaque variable indépendante afin de démontrer, en plus de la dépendance entre variables, les échantillons utilisés dans l'analyse thématique concernant l'âge de la première grossesse. On considère que l'amplitude des échantillons est suffisante pour valider les conclusions, grâce à l'analyse des différentiels réalisés dans ce chapitre (Tableaux 5-1.2 à 5-1.8).

TABLEAU 5-1.2

POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI EST TOMBÉE ENCEINTE AU MOINS UNE FOIS AVANT 18 ANS ET L'OBTENTION D'UN VISA POUR LES ÉTATS-UNIS

OBTENTION DU VISA POUR LES ÉTATS-UNIS	OUI	NON	TOTAL
Oui	60	797	857
Non	265	1265	1530
Total	325	2062	2387

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 5-1.3

POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI A CONNU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS, SELON SI ELLE EST ORIGINAIRES DE BASSE-CALIFORNIE			
LA PERSONNE INTERROGÉES	OUI	NON	TOTAL
ORIGINAIRES			
Oui	148	1224	1372
Non	177	840	1017
Total	325	2064	2389
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie</i> (2006).			

POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI EST TOMBEE ENCEINTE AU MOINS UNE FOIS AVANT 18 ANS, SELON SI LEUR MERE A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS			
MÈRE ADOLESCENTE	OUI	NON	TOTAL
Oui	147	526	673
Non	96	1029	1125
Total	243	1555	1798
SOURCE : Collège de la frontière nord, <i>Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie</i> (2006).			

TABLEAU 5-1.5

POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI EST TOMBEE ENCEINTE AU MOINS UNE FOIS AVANT 18 ANS, SELON LE NIVEAU DE SCOLARITE

GROSSESSE AVANT 18 ANS			
SCOLARITÉ RECODIFIÉE	OUI	NON	TOTAL
Niveau collège (incomplet)	131	298	429
Collège (terminé)	134	620	754
Lycée	46	736	782
Études supérieures	8	399	407
Total	319	2053	2372

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 5-1.6

POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI EST TOMBEE ENCEINTE AU MOINS UNE FOIS AVANT 18 ANS, SELON LA RELIGION ACTUELLE

GROSSESSE AVANT 18 ANS			
RELIGION ACTUELLE	OUI	NON	TOTAL
Aucune	48	144	192
Catholique	237	1616	1853
Protestante	29	196	225
Otra	10	93	103
Total	324	2049	2373

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 5-1.7

POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS AYANT CONNU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS, SELON LE SOUHAIT OU NON D'HABITER AUX ÉTATS-UNIS

GROSSESSE AVANT 18 ANS			
SOUHAIT D'HABITER AUX ÉTATS-UNIS	OUI	NON	TOTAL
Oui	83	483	566
Non	239	1558	1797
Total	322	2041	2363

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 5-1.8

POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS AYANT CONNU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS, SELON LA PREFERENCE DE MODE DE VIE ENTRE LE MEXIQUE ET LES ÉTATS-UNIS

GROSSESSE AVANT 18 ANS			
PREFERENCE DE MODE DE VIE MEXIQUE OU ETATS-UNIS	OUI	NON	TOTAL
Mexique	13	50	63
Etats-Unis	3	26	29
Les deux	1	29	30
Total	17	105	122

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 5-2.1

ANALYSE D'INDEPENDANCE ENTRE AVOIR EU OU NON UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS ET VARIABLES INDEPENDANTES (SOCIOECONOMIQUES). ENSEMBLE DE LA POPULATION INTERROGEE DE 20 A 29 ANS

VARIABLE	KHI CARRÉ	DEGRÉS DE LIBERTÉ	SIGNIFICATION
Obtention du visa pour les USA	45,798	1	0,000
La personne interrogée est originaire	16,119	1	0,000
Grossesse de la mère pendant l'adolescence	55,537	1	0,000
Niveau de scolarité	197,531	3	0,000
Religion	16,950	3	0,000
Désir de vivre aux USA	0,008	1	0,929
Mode de vie USA ou Mexique	1,924	2	0,382

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

De façon similaire à l'application pour le groupe d'âge 18/29 ans, les deux mêmes variables (« si elle aimerait ou non vivre aux Etats-Unis » et « si elle préfère le mode de vie du Mexique ou des Etats-Unis ») n'ont pas montré non plus d'association significative avec la variable indépendante : (Tableau 5-2.1).

Ainsi, nous présentons les tableaux avec les nombres absolus utilisés dans cet exercice (Tableaux 5-2.2 à 5-2.8).

TABLEAU 5-2.2

POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS, SELON L'OBTENTION D'UN VISA POUR ALLER AUX ÉTATS-UNIS

A OBTENU UN VISA POUR ALLER AUX ÉTATS-UNIS	OUI	NON	TOTAL
Oui	128	524	652
Non	400	752	1152
Total	528	1276	1804

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 5-2.3

POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS, SELON SI ELLE EST ORIGINNAIRE OU NON DE BASSE-CALIFORNIE

FEMME INTERROGÉE EST ORIGINNAIRE DE L'ENTITÉ	OUI	NON	TOTAL
Oui	246	726	972
Non	283	551	834
Total	529	1277	1806

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 5-2.4

POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS, SELON SI LA MERE A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS

MADRE ADOLESCENTE	Oui	NON	TOTAL
Oui	208	299	507
Non	188	665	853
Total	396	964	1360

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABLEAU 5-2.5

POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS SELON LA SCOLARITE

GROSSESSE AVANT 20 ANS			
SCOLARITÉ RECODIFIÉE	OUI	NON	TOTAL
Niveau collège (incomplet)	170	182	352
Collège (terminé)	235	384	619
Lycée	96	368	464
Études supérieures	20	336	356
Total	521	1270	1791

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABEAU 5-2.6

POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS SELON SA RELIGION ACTUELLE

GROSSESSE AVANT 20 ANS			
RELIGION ACTUELLE	OUI	NON	TOTAL
Aucune	66	85	151
Catholique	393	998	1391
Protestante	47	129	176
Autre	20	58	78
Total	526	1270	1796

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABEAU 5-2.7

POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS SELON SI ELLE AIMERAIT OU PAS HABITER AUX ÉTATS-UNIS

ELLE AIMERAIT HABITER AUX ÉTATS-UNIS	OUI	NON	TOTAL
Oui	124	301	425
Non	399	958	1357
Total	523	1259	1782

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

TABEAU 5-2.8

POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS, SELON LA PREFERENCE DE MODE DE VIE ENTRE LE MEXIQUE ET LES ÉTATS-UNIS

GROSSESSE AVANT 20 ANS			
PREFERENCE DE MODE DE VIE	OUI	NON	TOTAL
MEXIQUE OU ETATS-UNIS			
Mexique	16	35	51
Etats-Unis	8	18	26
Les deux	4	20	24
Total	28	73	101

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

Analyse multivariée de la probabilité d'avoir une grossesse avant 18 ans

L'analyse descriptive bivariée, ainsi que l'analyse Khi carré, montrent qu'il existe une association statistique de la « variable grossesse avant 18 ans » avec les variables « être ou non originaire de Basse-Californie », « avoir un visa pour voyager aux Etats-Unis », « être ou non fille d'une femme qui a eu au moins un enfant à l'adolescence », « pratique ou non la religion catholique » et « scolarité ». Néanmoins, l'analyse que nous venons de réaliser nous permet seulement de savoir si une variable influe sur le fait de tomber enceinte avant 18 ans, d'où l'utilisation ici de la théorie des modèles de régression logistique pour déterminer l'effet de plus d'une variable.

Dans un premier exercice, nous avons considéré que la variable dépendante du modèle avait la valeur 1 si la femme est tombée enceinte avant 18 ans et la valeur 0 si ce n'est pas le cas. Le Tableau 5-3.1 présente le coefficient et la signification de chaque variable.

TABLEAU 5-3.1
**VARIABLES DEPENDANTES QUI EXPLIQUENT LA PROBABILITE D'AVOIR
UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS**

VARIABLE	β	Signification	Exp(β)
Originaire	-0,583	0,0000	0,558
Visa	-0,559	0,0040	0,572
Mère adolescente	2,649	0,0000	14,139
Religion catholique	-2,294	0,0000	0,101

SOURCE : Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

En premier lieu, nous pouvons observer que le coefficient des variables « originaire », « visa pour les Etats-Unis » et « pratique la religion catholique » sont négatifs, ce qui veut dire que ces variables réduisent la probabilité d'avoir un enfant avant 18 ans. Au contraire, la condition constituée par le fait que la mère de l'adolescent ait procréé pendant l'adolescence possède un fort coefficient positif, ce qui implique que cette variable augmente la probabilité que survienne l'événement analysé.

En termes de l'analyse du ratio (exponentiel β), les données indiquent que quand l'adolescente est fille d'une femme qui a été mère dans l'adolescence, le risque de tomber enceinte avant 18 ans est 14 fois plus élevé que chez les femmes que ne le sont pas. En contrepartie, les données montrent que lorsque la femme est originaire de Basse-Californie, le risque de tomber enceinte est moindre à un niveau de 55,8% par rapport au fait qu'elle ne l'est pas. Enfin, le risque de grossesse des femmes qui sont catholiques est 10% inférieur à celles qui n'ont pas de religion.

Le modèle précédent est valide seulement pour les segments de la population de Basse-Californie où la scolarité des femmes ne présente pas de différences importantes. Dans ces segments de l'entité où s'observent les variations de cette variable, le modèle qui explique que l'événement « grossesse avant 18 ans » survienne est différent. Le Tableau 5-3.2 présente ce modèle.

TABEAU 5-3.2
**VARIABLES DEPENDANTES QUI EXPLIQUENT LA PROBABILITE D'AVOIR
UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS**

VARIABLE	B	Signification	Exp(β)
Mère adolescente	3.053	0.000	21.79
Catholique	-1.304	0.000	0.271
Scolarité	-0.969	0.000	0.38

SOURCE: Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

L'exercice suivant a été réalisé en considérant les femmes de 20 ans et plus, en suivant un modèle de régression logistique qui introduit une constante et les variables qui portent sur le fait d'avoir obtenu ou pas un visa pour aller aux Etats-Unis, d'être originaire ou pas de Basse-Californie, d'avoir eu une mère qui a eu une grossesse pendant l'adolescence, le niveau de scolarité, la religion catholique, protestante ou sans religion, l'âge de la première union, le désir ou non d'aller vivre aux Etats-Unis.

L'âge de la première union est une variable importante du point de vue de son association avec l'âge de la première grossesse, ou bien la femme tombe enceinte à travers l'union conjugale, ou bien une grossesse précipite l'union, d'où son incorporation dans l'analyse pour la population entre 20 et 29 ans. Nous avons utilisé un modèle qui introduit une constante. Dans la première étape, toutes les variables ont été incorporées, et postérieurement celles qui ne sont pas significatives sont éliminées selon le fait que leurs valeurs de signification sont supérieures ou inférieures. Cinq des sept variables incorporées ne sont pas significatives depuis le début de l'analyse. A la fin, seulement les deux qui ont toujours été significatives demeurent : scolarité et âge de la première union, toutes les deux étant d'un signe négatif, c'est-à-dire que si la scolarité est plus élevée, moindre est la probabilité d'une grossesse pendant l'adolescence, et la même chose survient si l'âge à la première union est supérieur.

La variable intermédiaire « âge à la première union » est très important et ne perd pas de signification même quand on la combine avec la variable « scolarité ». Autrement dit,

les comportements démographiques sont essentiels et se manifestent toujours d'une manière distincte dans les différents groupes sociaux.

En général au Mexique, il y a deux modèles de fécondité, celle qui est précoce et celle qui est retardée. La première continue à être valide pour certains groupes en Basse-Californie, particulièrement chez les immigrées comme nous l'avons vu dans ce travail, ainsi qu'entre celles dont les mères ont été mères à l'adolescence. Ces résultats coïncident avec l'hypothèse de socialisation que nous avons développée, et qui considère que les générations qui migrent maintiennent les modèles de leurs lieux d'origine, alors que parmi les générations suivantes on attend des comportements reproductifs plus proches des niveaux du pays de destination.

VARIABLES DEPENDANTES QUI EXPLIQUENT LA PROBABILITE D'AVOIR UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS

GROSSESSE AVANT 20 ANS				
	VARIABLE	β	Signification	Exp(β)
Etape 1	Visa	,118	,621	1,125
	Nativa	-,176	,385	,839
	MAdol	,242	,232	1,274
	Esc	-,320	,012	,726
	Relact2	,266	,415	1,305
	Epun	-,788	,000	,455
	p122rec	,068	,767	1,070
	Constante	14,884	,000	2912220,560
Etape 2	Visa	,126	,595	1,134
	Nativa	-,178	,377	,837
	MAdol	,240	,235	1,271
	Esc	-,319	,012	,727
	Relact2	,259	,426	1,296
	Epun	-,788	,000	,455
	Constante	14,908	,000	2980289,051
Etape 3	Nativa	-,156	,429	,855
	MAdol	,225	,261	1,253
	Esc	-,300	,014	,741
	Relact2	,261	,422	1,298
	Epun	-,785	,000	,456
	Constante	14,841	,000	2789409,692
Etape 4	MAdol	,245	,217	1,278
	Esc	-,307	,011	,735
	Relact2	,247	,445	1,281
	Epun	-,783	,000	,457
	Constante	14,742	,000	2524544,638
Etape 5	MAdol	,249	,210	1,282
	Esc	-,306	,012	,736
	Epun	-,780	,000	,459
	Constante	14,904	,000	2969088,207
Etape 6	Esc	-,326	,007	,722
	Epun	-,783	,000	,457
	Constante	15,155	,000	3815882,873

LEGENDE: Visa: avoir obtenu ou pas un visa pour aller aux Etats-Unis. Nativa: être originaire ou pas de Basse-Californie. Madol: Avoir eu une mère qui a eu une grossesse pendant l'adolescence. Esc: le niveau de scolarité. Relact2: la religion catholique, protestante ou sans religion. Epun: âge de la première union. p122rec: le désir ou non d'aller vivre aux Etats-Unis. **SOURCE:** Collège de la frontière nord, *Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie* (2006).

CONCLUSIONS

LA BASSE-CALIFORNIE : UN CONTEXTE COMPLEXE POUR ABORDER LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

Cette recherche s'est principalement intéressée à analyser le comportement sexuel et reproductif des adolescentes qui résident en Basse-Californie. Pour atteindre cet objectif, l'Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie a été réalisée entre 2006 et 2007 avec une méthodologie rigoureuse, avec le soutien financier du Conseil national de la science et de la technologie (*Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*, CONACYT) et l'appui institutionnel du Collège de la frontière nord (*El Colegio de la Frontera Norte*).

L'analyse présentée dans ce travail a suivi une approche quantitative. Le constat d'une incidence élevée des grossesses chez les adolescentes en Basse-Californie, en particulier chez les jeunes femmes qui ne sont pas originaires de cet état, a motivé notre intérêt en vue de mener une recherche pour saisir le comportement des jeunes femmes de Basse-Californie, en incorporant des variables associées au contexte de cette entité. Ainsi, l'enquête permet d'identifier le processus du début de la vie sexuelle, maritale et reproductive des jeunes filles pendant l'adolescence, en l'associant aux variables qui caractérisent le contexte.

De cette manière, l'approche centrale de cette étude a été composée par l'effet de la migration et d'autres variables dont les plus significatives sont la scolarité, l'âge au moment du premier rapport sexuel, la première grossesse et la première union conjugale.

Dans le cadre de cette étude, la révision des activités dérivées des programmes et des mesures gouvernementales, prises en matière démographique et de planification familiale au Mexique, a permis de mettre en relief la situation qui est observée, en général, au sujet du comportement des adolescentes, par rapport à leur sexualité et à la reproduction.

La planification familiale apparaît au Mexique comme une réponse à la forte croissance démographique, associée à une fécondité élevée et soutenue ainsi qu'à une forte baisse de la mortalité.

Les actions réalisées ont remporté un certain succès puisque le taux de fécondité totale a chuté, passant de plus de six enfants par femme en 1974 à un peu plus de trois en 1994 ;

c'est-à-dire qu'il s'est réduit de moitié par rapport au plus haut niveau historique atteint. La diminution a continué par la suite, mais à un rythme plus lent. On estime que la valeur actuelle de cet indicateur est de 2,2 enfants par femme (valeur estimée pour la période 2006/2008, ENADID 2009), soit le niveau nécessaire pour le remplacement de la population.

À partir de la Conférence internationale du Caire qui a eu lieu en 1994, un changement important est survenu dans la façon de concevoir la planification familiale. La transformation la plus importante a consisté à prendre comme élément central un concept plus intégral : celui de la santé de la reproduction.

Le fait de centrer les politiques de population autour des droits des personnes est perçu, au Mexique, comme l'une des contributions les plus importantes de la Conférence du Caire. Accepter ce principe possède au moins deux implications : la première est que les programmes doivent accélérer le processus de création d'une demande qualifiée (dans laquelle les personnes soient conscientes de leurs droits), grâce aux mesures prises en termes d'information, d'éducation et de communication ; et la deuxième est l'existence du besoin de développer une conscience et du respect chez les prestataires de services, à propos des droits de la reproduction des femmes.

Une autre contribution de la Conférence du Caire se réfère au fait que plusieurs des composantes de la santé de la reproduction sont maintenant perçues d'une manière plus compréhensive, et en lien avec le cycle de vie de l'utilisateur. Ainsi, le fait que les institutions non gouvernementales aient été représentées de manière significative au Caire témoigne du fait que la société civile est davantage impliquée, ou du moins cela garantit que la société sera observatrice des activités gouvernementales. La mise en œuvre effective des mesures prises par l'État, à travers les accords internationaux par consensus, est ainsi garantie par l'intermédiaire de mécanismes impliquant la société civile dans l'évaluation et le suivi de ces accords.

Après la conférence du Caire, l'agenda de santé de la reproduction a été élargi avec la reconnaissance des droits de groupes, auparavant exclus des mesures gouvernementales, tels que les jeunes, la perspective de genre, les droits sexuels et reproductifs, et d'autres

aspects qui avaient été laissés de côté, y compris la lutte contre la violence familiale (Rienner, 2000).

Du moins dans le discours officiel, cela s'est traduit, dans le domaine de la planification familiale, par la proposition de stratégies pour offrir une plus large gamme de méthodes contraceptives, de manière à apporter une solution aux demandes, non seulement des couples qui ont déjà atteint la taille désirée de leur famille, mais à ceux qui souhaitent espacer les naissances de leurs enfants, et de façon plus importante, à la population adolescente active sexuellement qui ne souhaite pas encore avoir un enfant.

Il convient de souligner que c'est, lors de l'administration présidentielle 2006/2012, qu'un programme gouvernemental a été conçu pour la première fois dans notre pays pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et de la reproduction du groupe des adolescents.

Le Programme national de population pour la période 2006/2012, qui a été présenté en 2008, réaffirme le principe selon lequel la politique démographique représente une « partie inhérente et inséparable de la politique de développement et un maillon essentiel de la politique sociale ».

Une autre caractéristique, qui distingue ce programme, provient d'une série de sondages réalisés dans 28 états du pays dans le cadre de la consultation citoyenne effectuée par le CONAPO. Plusieurs défis et opportunités ont été identifiés dans le diagnostic présenté dans ce programme. La population adolescente représente un des enjeux qu'il convient de souligner. Le programme reconnaît que la population qui a été la moins prise en charge par les politiques publiques est celle des adolescents. Cette affirmation se fonde principalement sur l'indicateur des besoins non satisfaits en termes de planification familiale.

Selon ces estimations, les adolescentes entre 15 et 19 ans constituent le groupe d'âge montrant le plus haut niveau de besoins non satisfaits de services de planification familiale (35,6% en 2006). Le niveau de besoin non satisfait se réduit à 24,4% pour le groupe de 20 à 24 ans. Il convient de remarquer qu'il persistait, chez un quart des personnes interrogées dans ce groupe, « des barrières sociales, économiques, culturelles

et institutionnelles qui entravaient le droit de toute personne à planifier le nombre et le calendrier de sa descendance ». Le niveau de cet indicateur diminue au fur et à mesure que l'âge augmente. Dans le groupe 45/49 ans, seulement 3,2% des femmes manifestaient un besoin non satisfait de planification familiale.

Si l'on compare la valeur de cet indicateur, qui se réfère au groupe d'adolescents, avec celle qui correspond à d'autres groupes, on observe qu'elle est supérieure par rapport à des groupes comme la population vivant dans des municipes avec un taux très élevé de marginalisation, la population rurale ou celle qui parle une langue autochtone. Il existe plus de neuf points de différence avec la population vivant dans des municipes avec un très haut degré de marginalisation, plus de quatorze points par rapport à la population habitant dans les zones rurales et plus de treize points par rapport à la population qui parle une langue autochtone.

De plus, il convient de souligner un autre aspect d'importance : contrairement à ce qui se passe dans les autres groupes d'âge, le niveau de besoins non satisfaits en matière de méthodes contraceptives chez les adolescents a augmenté au cours des vingt années qui se sont écoulées entre 1987 et 2006. Cette tendance n'est pas observée non plus chez la population habitant dans les zones rurales ou chez celle qui parle une langue autochtone. Enfin, il est important de mentionner que l'utilisation de méthodes contraceptives au début de la vie sexuelle semble être une pratique inexistante. Sept jeunes filles sur dix ont eu leur premier rapport sexuel sans protection.

Nous pouvons conclure selon ces données qu'il est important que l'actuel Programme national de population reconnaisse le manque d'attention envers la population adolescente dans le domaine de santé de la reproduction au Mexique. Cependant, il est également important de montrer qu'aucune tentative n'a été observée pour faire le lien, aussi bien entre cette situation et des aspects du contexte socio-économique entourant ces jeunes filles, qu'au niveau de l'agenda des actions gouvernementales ; ces dernières ont été incapables de résoudre les problèmes que subit ce groupe étendu et vulnérable de notre population.

Dans l'agenda de travail du gouvernement mexicain, une autre avancée qu'il convient de rappeler se réfère au fait que, pour la première fois dans notre pays, une mesure

gouvernementale a été mise en place en vue de répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et de la reproduction du groupe des adolescents. C'est à partir de ce dernier programme que d'autres mesures ont été élaborées dans chaque état du pays pour tenir compte des spécificités locales et, de cette façon, pouvoir adapter les stratégies spécifiques à suivre pour continuer de fournir des services à ce groupe de la population. Dans le cas spécifique de la Basse-Californie, l'importance donnée à cette tâche a été minimale et le résultat est un document qui reprend littéralement des fragments du Programme national, sans prendre en compte aucune information spécifique à propos de cette entité fédérée.

Cette étude prend en compte les considérations mentionnées et part aussi de l'observation selon laquelle, dans le contexte du Mexique, la fécondité des femmes vivant dans leur entité de naissance est généralement inférieure à celle des femmes qui ont migré. Comme il a été analysé auparavant, dans le cas de la Basse-Californie, l'estimation de la fécondité présente deux caractéristiques fondamentales. En premier lieu, le niveau de fécondité totale est parmi les plus bas par rapport aux autres états du pays, alors que le niveau de fécondité chez les adolescentes est parmi les plus élevés. En second lieu, la fécondité des femmes originaires de l'entité fédérée est toujours inférieure à celle des non originaires pour tous les groupes d'âge, et ce fait est observé dans tout le pays pour les groupes d'âge des plus jeunes, c'est-à-dire les adolescentes et les jeunes entre 20 et 24 ans.

En somme, nous avons ainsi voulu répondre à la question « est-ce que la migration en la Basse-Californie est un facteur décisif dans le comportement reproductif des adolescents ? ». Près de 40% des femmes interrogées étaient originaires d'un autre état, c'est-à-dire qu'elles étaient immigrées. Les principaux états d'origine des immigrées sont situés dans le nord-ouest et l'ouest du pays. Parmi les femmes interrogées non originaires de Basse-Californie, plus de la moitié était nées dans un état situé dans cette région, et on observe également des flux migratoires en provenance des états du sud ainsi que du District fédéral (Mexico). Ces données sont importantes, car elles indiquent qu'il prévaut une grande hétérogénéité culturelle en Basse-Californie, laquelle rend difficile l'interprétation du comportement de la population étudiée dans cette thèse.

La plupart des habitants de Basse-Californie vivent dans des municipalités situées près de la frontière avec les Etats-Unis d'Amérique, et c'est en cela que l'entité se distingue du reste des états frontaliers.

Sur les 3 155 070 habitants de l'état, selon le recensement de la population de 2010, plus de 80% résidaient au sens strict au niveau de la frontière et l'ensemble de la population de l'état peut y accéder très facilement (Recensement de la Population et du Logement 2010, INEGI). L'échange dans les domaines social, culturel et économique est frappant. Toutefois, on remarque que, selon les résultats de l'enquête, seulement 37,2% des personnes interrogées avaient obtenu un visa pour entrer aux États-Unis, ce qui signifie que près de deux tiers des jeunes femmes résidant en Basse-Californie n'avaient jamais été, du moins légalement, dans le pays voisin du nord.

En Basse-Californie, 72,1% de la population a déclaré être catholique lors du dernier recensement en 2010. Il s'agit d'un pourcentage inférieur par rapport aux autres états, à l'exception de quatre états du sud-est du pays. La Basse-Californie est un de quatre états où un pourcentage important a déclaré appartenir à une autre religion que la catholique (15.3%) et avec un pourcentage élevé de personnes sans religion (10%).

L'analyse de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents en Basse-Californie a été réalisée dans le contexte défini par ces variables. Les données de l'Enquête sur la santé de la reproduction des adolescents en Basse-Californie montrent, parmi les générations plus jeunes, une possible augmentation de l'âge au premier rapport sexuel. Cette observation est cohérente avec ce qui a été constaté dans d'autres recherches réalisées sur la base d'autres enquêtes : ENSAR, 2003 (Welti, 2007) et ENADID, 2006 (Palma, 2010).

Une augmentation importante est observée à l'âge de 15 ans, lorsque le pourcentage de celles qui avaient déjà eu une activité sexuelle est doublé dans les trois groupes d'âge. Comme l'a formulé Carlos Welti (2007), le passage de 14 à 15 ans semble signifier pour plusieurs groupes de la population « un motif de célébration, une sorte de rituel liée à l'entrée sur le marché matrimonial et d'aptitudes pour avoir des relations sexuelles et être en capacité de procréer ». Parmi les jeunes femmes âgées de 20 à 29 ans, une

augmentation très importante de l'activité sexuelle est observée au moment d'atteindre les 18 ans, c'est-à-dire l'âge à partir duquel la majorité légale est atteinte.

Comme il a déjà été souligné, l'éducation et la religion sont associées de façon importante à cette variable, ainsi que la migration dans une moindre mesure. Le fait d'être originaire ou non de Basse-Californie montre des différences par rapport au début de l'activité sexuelle chez les jeunes interrogées dans l'enquête.

Parmi les jeunes femmes interrogées, qui au moment de l'enquête avaient de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, 25,7% et 29,1%, respectivement, ont eu leur première grossesse à l'adolescence. On observe, pour les trois groupes d'âge de jeunes femmes interrogées, que le pourcentage de celles qui ont débuté leur activité sexuelle pendant l'adolescence s'élève à plus du double de celles qui ont connu leur première grossesse dans cette période. D'après ces informations, l'hypothèse qui en découle est la suivante : soit une part de ces femmes se protège lors de leur premier rapport sexuel, ou bien la grossesse a entraîné un avortement, ou bien encore la grossesse n'a pas eu lieu.

D'autre part, les pourcentages de femmes interrogées, qui avaient déjà eu un enfant né vivant au moment de l'enquête, sont les suivants : 68,1%, 38,1% et 17% pour les groupes d'âge de 25 à 29 ans, de 20 à 24 ans et de 18 à 19 ans respectivement. À la question directe pour savoir si la première grossesse avait abouti à un avortement, 5,4% des femmes ont répondu que oui, sachant que 4,8% des cas correspond à un avortement spontané et seulement 0,5% à un avortement induit. De toutes les femmes qui ont répondu avoir eu un enfant né vivant, presque la moitié avait eu un seul enfant, un tiers en avait eu deux et presque 18% en avaient eu au moins trois. La parité moyenne est de 1,72 enfant par femme.

On observe que les femmes nées en Basse-Californie ont commencé leur vie reproductive (en termes de la première grossesse) plus tardivement que les femmes non originaires de l'entité fédérée. La différence dans l'indicateur analysé, pour les femmes interrogées qui étaient encore dans l'adolescence, est de plus de dix points : 8,6% des femmes originaires de Basse-Californie ont connu leur première grossesse avant l'âge de dix-huit ans, alors que chez les femmes non originaires le pourcentage était deux fois

plus élevé (19,5%). Près d'une adolescente sur cinq qui a immigré en Basse-Californie a vécu cet événement avant d'avoir 18 ans.

Parmi les femmes interrogées de 20 à 24 ans, 23,2% des femmes originaires et 29,4% des femmes immigrées ont connu une première grossesse à l'adolescence, alors que les pourcentages estimés étaient de 25,3% et 32,7% respectivement parmi celles qui étaient dans le groupe d'âge des 25 à 29 ans. En général, il y a une légère tendance à repousser l'âge à la première grossesse parmi les jeunes originaires de Basse-Californie. La part de celles qui ont déjà eu une grossesse montre une légère diminution chez les femmes originaires, mais ce n'est pas le cas chez les femmes immigrées.

Les taux de fécondité par âge, de l'année 2005, sont de 69,2, 106,7 et 95 enfants nés vivants pour mille femmes âgées respectivement de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans. Si l'on compare le taux du groupe ayant entre 15 et 19 ans avec celui estimé par l'ENADID 2006, on observe que celui-ci présente un niveau plus élevé que celui estimé d'après cette source. L'ENADID estime un taux de fécondité de 60 naissances pour mille femmes en 2006. Si l'enquête réalisée en Basse-Californie était plus précise que l'ENADID, la fécondité des adolescentes dans l'état serait dépassée uniquement par celle qui a été estimée pour les états du Chiapas et du Guerrero d'après l'ENADID. Ces deux états montrent un niveau de 72 naissances pour mille femmes de 15 à 19 ans.

Une forte association est observée entre la scolarité et l'âge à la première grossesse. Un tiers des adolescentes interrogées (femmes entre 18 et 19 ans), qui avaient fini la quatrième année du niveau collège, avaient déjà eu une première grossesse à l'âge de 17 ans. Un cinquième de celles qui n'ont pas atteint le niveau baccalauréat ont connu cette même situation, et seulement 4,8% et 2,1% de celles qui ont respectivement terminé au moins la seconde et au moins une année après le bac. Dans les groupes d'âge de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, on peut observer que, dans la catégorie de scolarité la plus basse, près de la moitié des jeunes femmes avaient eu une grossesse pendant l'adolescence. Parmi les femmes dans la catégorie la plus élevée d'éducation, cet événement avait eu lieu chez seulement 4,8% d'entre elles, aussi bien pour celles qui se trouvaient entre 20 et 24 ans qu'entre 25 et 29 ans.

L'importance de l'éducation en tant que variable liée au comportement de la reproduction est indiscutable. L'association trouvée ici est importante et il existe sur le sujet une ample bibliographie qui confirme les résultats de l'analyse réalisée ici. L'effet de l'éducation formelle par rapport à l'âge à la première grossesse (début de la vie reproductive) se reflète de différentes manières. D'une part, la permanence dans le système scolaire pendant la période de l'adolescence signifie généralement que l'adolescente a choisi un mode de transition vers l'âge adulte qui encourage le refus de la grossesse. D'autre part, la désertion est associée parfois à une grossesse non planifiée, mais dans d'autres cas cela représente le choix (même inconscient) d'une adolescente de parvenir à l'âge adulte par d'autres moyens. Lorsque les opportunités sur le marché du travail sont réduites, la probabilité de la recherche d'une grossesse augmente.

En outre, les adolescents qui restent dans le système éducatif ont accès en principe à des informations sur des thèmes liés à la sexualité et aux moyens de protection contre une grossesse non désirée. Cet aspect doit être évalué plus profondément, car même si les programmes scolaires des dernières années de primaire et de secondaire contiennent des thèmes liés à l'éducation sexuelle, diverses études qui évaluent la façon d'enseigner ont démontré qu'une grande partie des professeurs n'ont pas la formation nécessaire pour assumer cette tâche et qu'ils parviennent même éviter d'aborder ce sujet.

Enfin, il est important de mentionner que le fait même d'avoir des niveaux d'éducation plus élevés ouvre aux individus (en l'occurrence aux femmes) la possibilité d'accéder à une meilleure information sur n'importe quel sujet qui touche leur vie et un plus haut niveau d'autonomisation. Ce dernier permet aux femmes de décider d'avoir ou non des rapports sexuels et de chercher un moyen de se protéger pour éviter une grossesse si elles le souhaitent.

En ce qui concerne les conséquences qu'une grossesse peut entraîner à l'adolescence dans la vie d'une femme, elles peuvent être de nature différente. À partir des données analysées par rapport à la santé de la mère et de l'enfant, on observe que les soins prénataux opportuns ont une fréquence significativement plus faible chez les femmes qui ont connu une grossesse pendant l'adolescence, et même encore plus faible lorsque cette grossesse est survenue avant l'âge de 18 ans.

Selon notre hypothèse, la peur d'accepter et de communiquer la grossesse à la famille, ainsi que de se rapprocher des services de santé par crainte d'un rejet, peuvent être autant de facteurs qui limitent l'adolescente à chercher des soins de façon opportune. Dans tous les cas, la grossesse à l'adolescence semble être un facteur de risque pour la femme et son enfant.

Un autre aspect de la santé serait l'allaitement maternel, qui est plus fréquent chez les jeunes femmes qui ont eu leur première grossesse après l'âge de 17 ans ou après l'adolescence. Néanmoins, dans ce dernier cas la différence est peu importante, par rapport à celles qui ont allaité au cours de l'adolescence. Dans le cas des jeunes femmes entre 18 et 29 ans, 79,8% des enfants de mères qui ont accouché avant d'avoir 18 ans ont été allaités, tandis que 84,4% l'ont été parmi les enfants de celles qui ont accouché après avoir eu 17 ans.

Les résultats obtenus à partir de l'ENSAR 2003 (Zubieta, 2007) montrent, qu'entre les derniers et les avant-derniers enfants nés vivants et survivants au moment de l'enquête et qui sont nés entre 2000 et 2003, seulement 7,5% n'ont jamais été allaités. Le niveau de cet indicateur est significativement plus élevé chez les jeunes femmes de l'étude de Basse-Californie, y compris parmi celles qui ont connu leur première grossesse après l'adolescence. À partir de ces données, on peut conclure d'abord que d'avoir un enfant à l'adolescence, et d'autant plus avant l'âge de 18 ans, est un facteur de risque pour la santé de l'enfant. En effet, il a été démontré que l'allaitement maternel est l'un des principaux déterminants de la santé de l'enfant pendant sa première année de vie. Il convient de souligner que les services de santé de l'état de Basse-Californie doivent faire face à une tâche importante dans ce domaine, afin de promouvoir que cette pratique ne s'affaiblisse pas dans cette entité territoriale.

En ce qui concerne les implications pour la relation de couple, le premier aspect intéressant à observer correspond au fait que les jeunes femmes ont tendance à tomber enceintes pour la première fois avec des hommes plus âgés qu'elles. Dans le groupe de femmes qui ont eu une première grossesse au plus jeune âge (avant 18 ans), seulement un quart des pères étaient situés dans le même groupe d'âge. 24,3% avaient entre 15 et 17 ans, un peu plus de la moitié étaient adolescents (15/19 ans) et le reste avait 20 ans

ou plus. Ceci est fondamental, car environ trois quarts des hommes ont eu des rapports sexuels avec des femmes mineures.

Selon ces informations, la grossesse à un très jeune âge représente également un aspect négatif dans la vie des jeunes femmes par rapport à la réaction de leurs partenaires.

La situation matrimoniale (union libre ou mariage) est très différente entre celles qui ont connu une grossesse très jeunes et à celles qui l'ont connue plus tard. Parmi le total des jeunes femmes interrogées, 27,9% de celles qui sont tombées enceintes avant l'âge de 18 ans étaient en couple et le niveau de cet indicateur est doublé (54,6%) chez celles qui sont tombées enceintes après leurs 17 ans. Parmi les jeunes âgées de 20 à 29 ans, l'écart entre celles qui sont tombées enceintes à l'adolescence ou bien après cette période est de trente points. D'autre part, il est intéressant de noter, d'après ces informations, qu'à la question destinée à savoir comment elles percevaient leur relation avant la grossesse, 34,6% des femmes interrogées qui avaient eu une grossesse avant l'âge de 18 ans ont répondu qu'elles « n'avaient pas pensé à l'avenir ». Cet indicateur tombe à 16,6% parmi celles qui sont tombées enceintes après avoir eu 17 ans. Les niveaux de cet indicateur sont plus faibles, mais restent également élevés chez les femmes d'entre 20 et 29 ans et l'écart est maintenu, dans la direction déjà observée. Ce résultat parle de l'état d'incertitude qui caractérise les jeunes filles, en particulier les adolescentes, et qui peut avoir comme conséquence une grossesse, y compris à l'intérieur d'une relation de couple dont l'aboutissement n'a pas été pris en compte.

En ce qui concerne les variables liées à la relation avec la famille d'origine, 30% des femmes qui sont tombées enceintes avant l'âge de 18 ans l'ont annoncé à leurs parents quand elles avaient trois mois ou plus de grossesse, tandis que 5,3% des femmes de ce groupe ne leur a jamais annoncé. La principale raison, parmi les plus jeunes femmes, d'avoir attendu trois mois ou plus pour informer leurs parents était la peur de leur réaction. 39,6% des femmes qui ont connu leur première grossesse avant l'âge de 18 ans ont donné cette réponse, alors que seulement 17,3% de celles qui sont tombées enceintes à l'âge de 18 ans ou plus ont répondu de la sorte. Chez les jeunes filles âgées de 20 à 29 ans, 31% des femmes qui ont eu une grossesse pendant l'adolescence craignaient la réaction de ses parents et seulement 9,9% chez celles dont la première grossesse est survenue après l'adolescence. Le fait d'avoir honte a surtout été évoqué,

parmi les principales autres raisons, chez les femmes qui ont eu une grossesse à un plus jeune âge. Une raison de poids dans toutes les catégories concerne l'affirmation des femmes de ne pas savoir qu'elles étaient enceintes.

Seulement 16,4% des femmes du groupe de 20 à 29 ans, parmi celles qui ont eu leur première grossesse à l'adolescence, l'avaient planifiée. Ce chiffre est doublé quand la première grossesse s'est produite après cette étape de transition. Le comportement des femmes dans le groupe de 18 à 19 ans est très similaire : seulement 14,7% des femmes, dont la première grossesse est survenue avant l'âge de 18 ans, l'avaient planifiée. C'était le cas de 26,9% des femmes qui ont eu leur première grossesse à 18 ans ou plus tard. Environ 15% des femmes qui ont eu leur première grossesse avant 18 ans ou pendant l'adolescence voulaient avoir un enfant, mais pas à ce moment-là. Les chiffres sont plus élevés lorsque la grossesse s'est produite ultérieurement. Près d'un cinquième des femmes de ces groupes (première grossesse avant 18 ans et première grossesse à l'adolescence) ne voulaient pas tomber enceintes. Enfin, notre attention attirée par le fait que presque la moitié des femmes de ces groupes n'y avaient même pas pensé.

Au niveau des changements dans le domaine social, si l'on se réfère à certaines transitions traversées par les adolescents, on peut observer que la part des femmes qui faisaient des études au moment de la première grossesse n'est pas très élevée, y compris chez celles qui étaient très jeunes au moment de la grossesse. Mais quand celle-ci survient, la désertion scolaire associée à la grossesse atteint des niveaux élevés (cela coïncide avec la conclusion d'autres études). En effet, 28,1% des femmes qui sont tombées enceintes avant l'âge de 18 ans étudiaient au moment où la première grossesse est survenue et 62,5% d'entre elles ont arrêté leurs études. Parmi celles qui ont eu leur première grossesse à l'âge de 18 ans ou plus tard, seulement 11,4% faisaient des études et 39,2% les ont arrêtées. Dans la littérature sur la grossesse chez les adolescents, nous avons observé une association entre cet événement et la non-assistance à l'école. Cependant, le débat est ouvert pour savoir si c'est la grossesse chez les adolescentes qui provoque cette situation ou bien si ce sont les adolescentes qui ont déjà arrêté leurs études qui tombent enceintes.

Les résultats de l'enquête en Basse-Californie montrent que deux tiers des femmes avaient déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête. Parmi elles, plus de la

moitié (52%) n'avaient pas utilisé de méthode contraceptive pendant le premier rapport sexuel, pourcentage très semblable pour les trois groupes d'âge considérés.

Malgré cela, le niveau d'utilisation d'une méthode contraceptive pendant le premier rapport sexuel est associé de façon significative avec l'âge de début de la vie sexuelle. Dans cette étude, nous avons observé que seulement 15,9% des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans ont fait quelque chose pour ne pas tomber enceintes lors de cette première expérience. Le niveau d'utilisation d'une méthode contraceptive s'accroît rapidement avec l'augmentation de l'âge. Au moment du premier rapport sexuel, 31,6% des femmes interrogées qui ont eu cette première expérience à 15 ou 16 ans se sont protégées d'une grossesse, et près de la moitié de celles qui avaient entre 17 et 18 ans, ainsi que 64,1% de celles qui l'ont eue à la fin de l'adolescence (19/20 ans). Le comportement observé est certainement associé à un plus haut niveau de connaissance et d'autodétermination chez les femmes, qui augmente avec l'âge, tandis que la diminution dans le groupe qui a eu cette expérience après l'adolescence est certainement associée au désir d'être enceinte. Ce résultat met en évidence que l'âge au premier rapport sexuel est une variable en soi, qui augmente la probabilité d'autodétermination des femmes, chez qui la planification d'un rapport sexuel est possible. Il y a aussi la possibilité selon laquelle plusieurs d'entre elles vivaient déjà dans une union conjugale.

Finalement, des tests de Khi carré ont été réalisés dans l'intention de déterminer le degré de relation entre la principale variable dépendante de cette étude, l'âge à la première grossesse et les variables indépendantes considérées, en prenant en compte que les variables qui ont été intégrées dans l'analyse sont de nature catégorique. Cet exercice a été réalisé pour les deux variables indépendantes : le pourcentage de femmes qui avaient eu ou non au moins une grossesse avant 18 ans. Nous avons considéré ici le total de femmes interrogées et le pourcentage de femmes qui avaient eu ou non au moins une grossesse à l'adolescence ; c'est-à-dire avant d'avoir 20 ans. Dans ce cas, on a considéré seulement le groupe qui avait entre 20 et 29 ans.

Lors de la première application, seulement deux variables n'ont pas présenté de résultats d'association significatifs : « si elle aimerait ou non habiter aux USA » et « si elle aimait plus la forme de vie au Mexique ou aux USA ».

Après avoir déterminé l'association avec les variables indépendantes, nous avons analysé, avec un modèle de régression logistique multivarié, le fait d'avoir eu ou non une grossesse avant 18 ans et avant 20 ans, pour vérifier si les associations observées de façon univariée continuaient à être significatives. Autrement dit, on a estimé les paramètres qui permettent de construire un modèle qui estime la probabilité qu'un événement central ait lieu (versus la probabilité que celui-ci n'ait pas lieu), en considérant de façon simultanée les variables avec lesquelles des relations significatives univariées ont été observées.

La scolarité correspond à la variable qui montre l'effet le plus important sur la maternité au jeune âge et à l'adolescence, quand on considère le total de variables indépendantes dans leur ensemble.

En guise de conclusion, la scolarité est une variable fondamentale pour définir le comportement reproductif des adolescentes les plus jeunes et aussi avec l'âge à la première union pendant l'adolescence chez les jeunes en Basse-Californie.

BIBLIOGRAPHIE

Alba Francisco, Benegas Israel, Giorguli Silvia et de Oliveira. "El Bono Demografico en los programas de las políticas publicas de Mexico (2000-2006): Un analisis introductorio. CONAPO 2006.

Alba, Francisco, "La poblacion en Mexico: Evolucion y dilemas. El Colegio de Mexico 1984, Mexique.

Aparicio, Ricardo, "Necesidades no satisfechas de anticoncepcion". Un analisis de la ENSAR 2003", en: Chavez Galindo, et al., (Coords.), La salud reproductiva en Mexico. Analisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Mexique, Secretaria de salud/ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria, UNAM, 2007, pp. 133-143.

Amuchastegui Herrera, A. El significado de la virginidad y de la iniciacion sexual para jovenes mexicanos, Population Council/UAM-Xochimilco, Mexique, manuscrito.

Bongaarts, J. 1978. "A framework for Analyzing the proximate Determinants of fertility". En: Population and Development Review, Vol4, no.1.

Bhugra, dinesh, "Migration and depression", Acta Psychiatrica, 2003: 108.Supl. (418): UK, pp. 67-22

Bledsoe, Caroline H. "Reproduction at the Margins: Migration and legitimacy in the New Europe", Demographic Research, special 3(4):87-116. 2004

Bledsoe, Caroline H., Rene Houle and Papa Sow, "High Fertility Gambians in Low Fertility Spain: The Dynamics of child accumulation cross transnational space". Demographic Research, 16(12): 375-412. 2007.

Bloss, Alain Frickey, Michel Novi, "Modes d' entrée dans la vie adulte et trajectoires sociales des femmes mariées, Population (French Edition), 49e, Année, No.3 (May-Jun., 1994) Institut National d' Etudes Démographies, pp.637-656. rlu: www.jstor.org/stable/1533961, consultado el 23 de septiembre de 2010.

Cabrera, Gustavo. Obras Demograficas Selectas. El Colegio de Mexico, Mexique 2007.

Caracteristicas metodologicas de la Encuesta Nacional de la Dinamica Demografica, ENADID 1997. INEGI

Chavez Galindo, et al., (Coords.), La sal ud reproductiva en Mexico. Analisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Secretaria de Salud/ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria, UNAM, 2007

Coubés Marie-Laure et Rene Zenteno. “Transición hacia la vida adulta en el contexto mexicano: una discusión a partir del modelo normativo”, en: Coubés, Marie-Laure, Maria Eugenia Zavala de Cosío y Rene Zenteno (Coords.), Cambio demográfico y social en el siglo XX: Una perspectiva de historias de vida, H. Cámara de Diputados, LIX Legislatura, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Escuela de graduados en Administración Pública y Política Pública, 2005, pp.331-353.

CONEVAL, “Uso de una encuesta panel para evaluaciones de impacto: ensayo metodológico con la ENNVIH 2002-2005”. [en línea] http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/uso_de_una_encuesta_panel_para_evaluaciones_de_impacto.pdf

CONAPO. Salud reproductiva en el Distrito Federal, Consejo Nacional de Población. México. 2001.

CONAPO, La situación demográfica de México 2009. 35 años de la política de población.

Consejo Nacional de Población, CONAPO. Programa Nacional de Población 1989-1994.

Davis, L., K. Blake “Social Structure and Fertility: An Analytic Framework”, Economic Development and Cultural Change, 4:211-235, 1956.

Demographic and Health Surveys (DHS). [en línea] <http://www.measuredhs.com/>

Devolder, Daniel et Bueno, Xiana (2011), Interacciones entre fecundidad y migración. Un estudio de las personas nacidas en el extranjero y residentes en Cataluña 2007. Documents d'Análisis Geogràfic, vol.57/3.

Echarri Canovas, Carlos Javier, “Las trayectorias de coresidencia en la formación de familias”, en Coubés, Marie-Laure, Maria Eugenia Zavala de Cosío y Rene Zenteno (Coords.), Cambio demográfico y social en el siglo XX: Una perspectiva de historias de vida, H. Cámara de Diputados, LIX Legislatura, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Escuela de Graduados en Administración Pública y Política Pública, 2005n pp. 395-427.

Echarri Canocas, Carlos Javier, “Précocité de la fécondité au Mexique, en Catherine Gourbin (Sous la direction de), Santé de la reproduction au Nord et au Sud. Actes de la Chaire Quetelet [2004]. Louvain-la-neuve. Presses Universitaires de Louvain, Université catholique de Louvain, 2009. pp. 131-147.

Estrella, Gabriel “Movilidad de población y comportamiento reproductivo: el caso de Baja California”, Estudios Fronterizos, 29, Septiembre-Diciembre pp. 57-89. 1992.

Estrella Valenzuela, Alejandro Canales Ceron et Maria Eugenia Zavala de Cocio. Ciudad de la Frontera Norte: Migracion y fecundidad. Mexicali, Universidad Autonoma de Baja California, Instituto de Investigaciones Sociales, 1999.

Encuesta Nacional de la Dinamica Demografica, ENADID 2006. Informe Final [en línea]

<http://http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Enadid2006/docs/Reporte%20Final%20ENADID%202006.pdf>

Encuesta Nacional de la Dinamica Demografica, ENADID 2009. Metodologia y tabulados básicos. INEGI, Aguascalientes, Mexique.

Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. Secretaria de Salud, Subdireccion de Servicios de Salud, Direccion General de Planificacion Familiar, 1987. Mexique.

Healton, Tim. B, Renata Forste and Samuel M. Otterstrom, "Family Transitions in Latin America: First Intercourse, First Union and First Birth in: International Journal of Population Geograohy, No. 8, 2002, pp. 1-15.

Hall Stanley. "Adolecense, ITS Psychology and its relations to Physiology, anthropology, studyng, sex crime, religion and education". 1904.

Hernandez, H. Alberto. "Educacion del campo religioso no catolico en Baja California. Una aproximacion sociografica". Baja California: Un presente en una Historia, Jose Luis Molina, Universidad Autonoma de Baja California. Vol 11, 2002. pp. 12

Himes, Norman, "Medical History of Contraception. 1963. New York: Gamut press

Kulu, Hill, "Migration and Fertility: Competing Hypotheses Re-examined" MPIDR WORKING PAPER WP 2003-035 OCTOBER 2003

Hirsch, Donald. Estimating the cost of child poverty.2008. Joseph Rowntree Foundation.

Ibañez Brambila, Berenice, "Factores psicologicos relacionados con el embarazo en la adolescencia", en: Sexualidad y salud reproductive de adolescentes y jovenes en Mexico. Aportaciones para la investigación y la acción, Stern Claudio y Elizabeth Garcia. Documentos de trabajo No. 6, Sexualidad, Salud y Reproduccion, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de Mexico, Mexique, 2001, pp.59-71.

Lindostrom David, P. et Giorguli S. The interrelationship of fertility, family maintenance and Mexico-U.S. migration Demographic Research.2007.

Menkes, C. et Serrano, O. Embarazo Adolescente en Mexico: Niveles y condiciones sociodemograficos. En: Procesos y tendencias poblacionales en Mexico contemporáneo: Una mirada desde la ENADID 2006: Centro Nacional de Genero y Salud Reproductiva, Noviembre de 2010

Mier y Teran, Martha, "Transición a la vida adulta. Experiencias de las jóvenes rurales y urbanas", en: Chavez Galindo, et al., (Coords.), La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Secretaría de Salud/ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria, UNAM, 2007, pp. 85-106.

Milewski, Nadja et Kulu, Hill, "Family change and migration in the life course: An introduction". Demographic Research VOLUME 17, ARTICLE 19, PAGES 567-590. 2007.

Muradas, Maria de la Cruz, Alejandro Suarez y Rafael Lozano, "Salud materno infantil" en: Chavez Galindo, Ana Maria et al., (Coords.), La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Secretaría de Salud/ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria, UNAM, 2007, pp. 155-174.

Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2008, Nueva York, 2008, [en línea], <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/reports.shtml>

Ojeda, Norma et Zavala, Ma. Eugenia (Coords.), "A manera de introducción: Transiciones hacia la adultez en un contexto demográfico y social cambiante". En Jóvenes Fronterizos: Expectativas de vida familiar, educación y trabajo hacia la adultez. El Colegio de la Frontera Norte y CONACYT, 2011. pp. 13-19.

Ojeda, Norma "Living together without being married". Perspectives of female adolescents in the Mexico-United States Border Region", Journal of comparative family studies, vol. XXXXII, num 4. pp 439-454.

Palma, Y. et González, E. Iniciación Sexual. Análisis de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006.

Palma, Yolanda, "Políticas de población y planificación familiar", 2010. [en línea] <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no16/DMS01611.pdf>

Palma, Yolanda et Jose Luis Palma, "Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos" en: Chavez Galindo et al., (Coords.), La salud reproductiva en México, Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, México, Secretaría de Salud/ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria, UNAM, 2007. pp 115-122.

Programa Nacional de Población 2008-2012. Consejo Nacional de Población. [en línea] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5067180&fecha=05/11/2008

Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la Salud, hacia un sistema universal de salud. Secretaría de salud, 2001. México.

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 [en línea] <http://http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/337/default.htm?s=is>

Quilodran, Julieta et Ramirez, Jaim, “¿Qué tanto se ha venido acelerando el cambio de la nupcialidad? Procesos y Tendencias Poblacionales en el Mexico Contemporaneo. Una mirada desde la ENADID 2006. Mexique, 2010.

Rodriguez, Jorge. “Reproduccion en la adolescencia en America Latina y El Caribe: Escenarios emergentes relevantes para políticas”: En Reunion Regional de Alto nivel sobre prevención del embarazo adolescente en la Region Andina, Medellin, Colombia, 31 de Agosto al 1 de Septiembre 2011, CELADE.

Rodriguez Martinez, Y.A. “Las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes desde la perspectiva de genero: bases epistemologicas para una aproximacion teorica y metodológica”, en: Stern, C. et Garcia E. (Coords.), Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jovenes en Mexico en Sexualidad, Salud y Reproduccion. Documentos de trabajo, num. 6. Programa de Salud Reproductiva. El Colegio de Mexico. Mexique, 2001, pp. 11-32.

Rohrbaugh et Jessor, “Reliogiosity Measure” 1975. [en linea] <http://http://phd.mshaffer.com/projects/religiosity/ReligiosityMeasure.pdf>

Roig, Marta et Castro Teresa, “Immigrant Mothers, Spanish Babies. Childbearing Patterns of Foreign Women in Spain”. Fundacion BBVA. Documento de trabajo No. 17, 2007.

Sabille, Pascal, “Primeras etapas de la vida familiar y trayectorias migratorias”, en: Coubes, Marie-Laure, Maria Eugenia Zavala de Cosio y Rene Zenteno (Coords.), Cambio Demografico y Social en el siglo XX: Una perspectiva de historias de vida, H. Camara de diputados, LIX Legislatura, Instituto Tecnologico y de Estudios Superiores de Monterrey, Escuela de Graduados en Administracion Publica y Politica Publica, 2005, pp. 357-394.

Secretaria de Gobernacion, Boletin estadístico 2008. [en línea] http://http://www.gobernacion.gob.mx/es_mx/SEGOB/Boletin_Estadistico_2008

Solis, Patricio, Cecilia Gayet et Fatima Juarez, “Las transiciones a la vida sexual la unión y a la maternidad en Mexico: cambios en el tiempo y estratificación social”, en Lerner, Susana e Ivonne Szasz (Coords.), Desigualdad socioeconómica y practicas sexuales, Mexique, El Colegio de Mexico, 2008, pp 397-428.

Stern, C. “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en Mexico”, en: Revista papeles de población, 2004, no.39, enero-marzo, pp.129-158.

Vargas Valle, Eunice D., Georgina Martinez Canizales y Joseph E. Potter. “Religion e iniciacion sexual pre-marital en Mexico”. Ponencia en SOMEDE, Noviembre 2010.

Viel, Benjamin, “La explosion demográfica ¿Cuantos somos demasiados?, Imprenta Universitaria, Santiago 1966.

Welti Chanes, Carlos, “Inicio de la vida sexual y reproductiva”, en: Chavez Galindo, Ana Maria et al (Coords), La salud reproductiva en Mexico. Analisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Secretaria de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria, UNAM, 2007, pp. 65-83

World Health Organization. World Health Report. 1995. Disponible en www.who.int/whr/1995/media_centre/executive_summary1/en/index.html.

Zavala, Maria Eugenia. “Cambios demograficos y sociales en la frontera norte de Mexico: familia y mercados de trabajo”. pp. 93-120

Zavala, Maria Eugenia “Cambios de fecundidad en Mexico y Politicas de Poblacion”. El Colegio de Mexico 1992, Fondo de Cultura Economica. Mexique.

Zavala, Maria Eugenia, “Demographic Transition and social development in low-income countries. Population Growth and Demographic structure. New York, 1999 pp 91-98.

Zenteno, R. et Cruz, R (1992). “A Geodemographic Definition of the Mexican Northern Border”. En: Weeks, J. & Ham, R. (eds.) Demographic Dynamics of the U.S.-Mexico Border, Texas Western Press-UTEP, El paso. pp. 36-37.

Zubieta Garcia, Beatriz, “Lactancia y amenorrea posparto” en: Chavez Galindo, Ana Maria et al., (Coords.), La salud reproductiva en Mexico. Analisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, Secretaria de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinaria, UNAM, 2007, pp 145-154

INDEX DES TABLES

TABLEAU 1.1	TAUX DE FÉCONDITÉ DES FEMMES DE 15 À 19 ANS CLASSÉS PAR RÉGION DU MONDE, EN 1990 ET 2005	22
--------------------	---	-----------

TABLEAU 1.2	POPULATION TOTALE ET D'ORIGINE HISPANIQUE RÉSIDANT AUX ÉTATS-UNIS. TAUX DE FÉCONDITÉ DES TRANCHES D'ÂGE 15/19 ANS, 15/17 ET 18/19 ANS EN 1990, 2000 ET 2005	23
TABLEAU 1.3	TAUX PAR AGE ET GLOBAUX DE FÉCONDITÉ DES FEMMES DE 15 À 49 ANS AU MEXIQUE	25
TABLEAU 1.4	TAUX DE FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES PAR ENTITÉ FÉDÉRÉE DU MEXIQUE, EN 1989 ET 2006	27
TABLEAU 1.5	TAUX PAR AGE ET GLOBAUX DE FÉCONDITÉ EN BASSE-CALIFORNIE, SELON SI LES PERSONNES SONT ORIGINAIRES DE L'ÉTAT (1989 ET 2006)	31
TABLEAU 1.6	TAUX PAR AGE ET GLOBAUX DE FÉCONDITÉ AU MEXIQUE, CHEZ LES FEMMES ORIGINAIRES DE L'ÉTAT ET IMMIGRÉES, 2008	32
TABLEAU 1.7	RÉPARTITION EN PART DE LA POPULATION FÉMININE DE 15 À 19 ANS SELON LEUR ÂGE	33
TABLEAU 1.8	EXERCICE DE STANDARDISATION DE LA FÉCONDITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES EN BASSE-CALIFORNIE	33
TABLEAU 1.9	POURCENTAGE DE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER UTILISANT DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES PAR TRANCHES D'ÂGE (1976 À 2009)	34
TABLEAU 2.1	BESOIN NON SATISFAITS EN TERMES DE PLANIFICATION FAMILIALE DE L'ENSEMBLE DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER, SELON LES CARACTÉRISTIQUES SÉLECTIONNÉES, 1987/2006	87
TABLEAU 3-1.1	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES PAR TRANCHES D'ÂGE EN BASSE-CALIFORNIE, 2006	114
TABLEAU 3-1.2	REPARTITION EN POURCENTAGE SELON LE LIEU DANS LEQUEL LES PERSONNES INTERROGÉES ONT LE PLUS LONGTEMPS VECU AVANT L'ÂGE DE 12 ANS	115
TABLEAU 3-1.3	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LEUR ENTITE DE NAISSANCE	116
TABLEAU 3-1.4	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LEUR LIEU DE NAISSANCE ET LEUR TRANCHE D'ÂGE	117
TABLEAU 3-1.5	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES NON ORIGINAIRES DE BASSE-CALIFORNIE SELON LEUR ANNÉE D'ARRIVÉE DANS L'ÉTAT	119
TABLEAU 3-1.6	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON L'OBTENTION DU VISA POUR SE RENDRE AUX USA, PAR TRANCHES D'ÂGE	120
TABLEAU 3-1.7	REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR TRANCHES D'ÂGE DES FEMMES QUI ONT VECU AU ÉTATS-UNIS, SELON LEURS PRÉFÉRENCES POUR LA FORME DE VIE DU MEXIQUE OU DE CE PAYS	121
TABLEAU 3-1.8	REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR TRANCHES D'ÂGE DES FEMMES SELON LEUR DESIR DE VIVRE AUX ÉTATS-UNIS	122
TABLEAU 3-1.9	REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR TRANCHES D'ÂGE DES FEMMES SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITÉ	123
TABLEAU 3-1.10	REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR TRANCHES D'ÂGE DES FEMMES SELON LEUR RELIGION AU MOMENT DE L'ENQUÊTE	124
TABLEAU 3-1.11	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON SI ELLES ONT DÉJÀ TRAVAILLÉ OU PAS EN ÉCHANGE D'UN SALAIRE EN ARGENT OU EN NATURE	126
TABLEAU 3-1.12	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON L'ÂGE DU DÉBUT DE LA VIE PROFESSIONNELLE	126
TABLEAU 3-1.13	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LEUR CONDITION D'ACTIVITÉ	127

TABLEAU 3-1.14	REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR TRANCHES D'AGE DES FEMMES SELON SI ELLES SONT EN COUPLE ET VIVENT AVEC CETTE PERSONNE	128
TABLEAU 3-1.15	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES INTERROGEES SELON L'AGE DE LEUR MERE A LA NAISSANCE DE SON PREMIER ENFANT, PAR TRANCHE D'AGE	129
TABLEAU 3-2.1	POURCENTAGE DES FEMMES QUI A UN CERTAIN AGE ONT DEJA CONNU UNE PREMIERE GROSSESSE	130
TABLEAU 3-2.2	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT EU AU MOINS UN ENFANT NE VIVANT, PAR TRANCHES D'AGE	132
TABLEAU 3-2.3	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES INTERROGEES SELON LE RESULTAT DE LEUR PREMIERE GROSSESSE	132
TABLEAU 3-2.4	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES INTERROGEES AVEC AU MOINS UN ENFANT, SELON LE NOMBRE D'ENFANTS ET PAR TRANCHES D'AGE	133
TABLEAU 3-2.5	TAUX PAR AGE DE GROSSESSE DES FEMMES ENTRE 12 ET 29 ANS, PAR TRANCHES D'AGE	134
TABLEAU 3-2.6	TAUX PAR AGE DE FECONDITE DES FEMMES DE 12 A 29 ANS, PAR TRANCHES D'AGE	135
TABLEAU 3-2.7	POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE, PAR TRANCHES D'AGE	137
TABLEAU 3-2.8	POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON L'OBTENTION OU NON DE VISA POUR ALLER AUX ETATS-UNIS, PAR TRANCHES D'AGE	139
TABLEAU 3-2.9	POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON LEURS PREFERENCES POUR LE MODE DE VIE DU MEXIQUE OU CELUI DES ETATS-UNIS, PAR TRANCHES D'AGE	140
TABLEAU 3-2.10	POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON LEURS DESIRS DE VIVRE OU NON AUX ETATS-UNIS, PAR TRANCHES D'AGE	141
TABLEAU 3-2.11	POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE, PAR TRANCHES D'AGE	143
TABLEAU 3-2.12	POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON LEUR RELIGION ACTUELLE, PAR TRANCHES D'AGE	146
TABLEAU 3-2.13	POURCENTAGE DE FEMMES A L'AGE AUQUEL ELLES ONT CONNU UNE GROSSESSE SELON L'AGE AUQUEL LEUR MERE A EU UN PREMIER ENFANT, PAR TRANCHES D'AGE	147
TABLEAU 3-3.1	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LA CONSEQUENCE DANS LEURS VIES DE LA PREMIERE GROSSESSE, ET SELON L'AGE A CELLECI, PAR TRANCHES D'AGE	150
TABLEAU 3-3.2	PROPORTION DES FEMMES SELON LES CHANGEMENTS RESSENTIS DANS LEURS VIES SUITE A LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	152
TABLEAU 3-3.3	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT REÇU OU NON DES SOINS MEDICAUX DURANT LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	154
TABLEAU 3-3.4	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LE NOMBRE DE MOIS DE GROSSESSE LORS DE LA PREMIERE VISITE MEDICALE, ET SELON L'AGE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	157
TABLEAU 3-3.5	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LE TYPE D'ACCOUCHEMENT ET L'AGE LORS DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	158

TABLEAU 3-3.6	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT ALLAITE OU NON LEUR PREMIER ENFANT, SELON L'AGE DE LA PREMIERE GROSSESSE ET PAR TRANCHES D'AGE	159
Tableau 3-3.7	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT EU UNE GROSSESSE SELON L'AGE DE LEUR PARTENAIRE ET DE LA FEMME AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	160
TABLEAU 3-3.8	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES DONT LE PARTENAIRE A EU CONNAISSANCE DE LA GROSSESSE, SELON L'AGE DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	161
TABLEAU 3-3.9	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT CONNU UNE GROSSESSE, SELON LA REACTION DU PARTENAIRE ET L'AGE DE CELLES-CI AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	163
TABLEAU 3-3.10	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT EU UNE GROSSESSE SELON LEURS INTENTIONS AVEC LE PARTENAIRE DONT ELLES ETAIENT ENCEINTES, SELON L'AGE A LA PREMIERE GROSSESSE ET PAR TRANCHES D'AGE	165
TABLEAU 3-3.11	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LE MOIS DE GROSSESSE QUAND ELLES L'ONT COMMUNIQUE AUX PARENTS, PAR AGE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE ET PAR TRANCHES D'AGE	166
TABLEAU 3-3.12	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT ATTENDU TROIS MOIS OU PLUS POUR INFORMER LEURS PARENTS DE LEUR PREMIERE GROSSESSE, SELON LA RAISON DE L'ATTENTE DONNEE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	167
TABLEAU 3-3.13	REPARTITION EN POURCENTAGE DE LA REACTION DES PARENTS APRES AVOIR APPRIS LA NOUVELLE DE LA PREMIERE GROSSESSE DE LEUR FILLE, SELON L'AGE DES JEUNES FEMMES ET PAR GROUPES D'AGE	168
TABLEAU 3-3.14	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LA PLANIFICATION DE LA PREMIERE GROSSESSE, SELON L'AGE DES JEUNES FEMMES ET PAR TRANCHES D'AGE	169
TABLEAU 3-3.15	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LA PRESENCE DE DIFFERENTES CIRCONSTANCES AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, SELON LES CHANGEMENTS SURVENUS A CAUSE DE CET EVENEMENT, PAR AGE AU MOMENT DE LA PREMIERE GROSSESSE, PAR TRANCHES D'AGE	171
TABLEAU 4-1.1	POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'AGE DE LEUR PREMIERE RELATION SEXUELLE	178
TABLEAU 4-1.2	POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'AGE DE LEUR PREMIERE RELATION SEXUELLE	180
TABLEAU 4-1.3	POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'AGE DE LA RELATION SEXUELLE PAR RAPPORT A LEUR ORIGINE ET PAR TRANCHES D'AGE	182
TABLEAU 4-1.4	POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'AGE DE LA PREMIERE RELATION SEXUELLE EN PRENANT EN COMPTE L'OBTENTION D'UN VISA POUR LES ETATS-UNIS ET LEUR TRANCHE D'AGE	183
TABLEAU 4-1.5	REPARTITION EN POURCENTAGE ET PAR TRANCHES D'AGE DES JEUNES FEMMES SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE ET L'OBTENTION D'UN VISA POUR SE RENDRE AUX ETATS-UNIS	184
TABLEAU 4-1.6	POURCENTAGE PAR TRANCHES D'AGE DE FEMMES SELON L'AGE DE LEUR PREMIERE RELATION SEXUELLE EN PRENANT EN COMPTE LEUR PREFERENCE POUR LE MODE DE VIE DU MEXIQUE OU DES ETATS-UNIS	184

TABLEAU 4-1.7	POURCENTAGE DE FEMMES AYANT EU DES RELATIONS SEXUELLES EN PRENANT EN COMPTE LEUR SOUHAIT DE VIVRE AUX ETATS-UNIS ET LEUR TRANCHE D'AGE	186
TABLEAU 4-1.8	POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'AGE DE LA RELATION SEXUELLE EN PRENANT EN COMPTE LEUR NIVEAU DE SCOLARITE ET PAR TRANCHES D'AGE	188
TABLEAU 4-1.9	POURCENTAGE DE FEMMES AYANT EU UNE RELATION SEXUELLE A UN CERTAIN AGE SELON LEUR RELIGION ACTUELLE ET PAR TRANCHES D'AGE	190
TABLEAU 4-1.10	POURCENTAGE DE FEMMES SELON L'AGE DE LEURS PREMIERES RELATIONS SEXUELLES EN PRENANT EN COMPTE L'AGE DE LEUR MERE A LA NAISSANCE DU PREMIER ENFANT ET LEUR TRANCHE D'AGE	191
TABLEAU 4-2.1	REPARTITION EN POURCENTAGE DES JEUNES FEMMES PAR RAPPORT A LEUR SITUATION CIVILE PAR TRANCHES D'AGE	195
TABLEAU 4-2.2	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON L'AGE DE LEUR PREMIERE UNION CONJUGALE PAR TRANCHES D'AGE	196
TABLEAU 4-2.3	REPARTITION EN POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES SELON L'AGE AU MOMENT DE LA PREMIERE UNION CONJUGALE ET SELON SI ELLES SONT ORIGINAIRES OU NON DE BASSE-CALIFORNIE	198
TABLEAU 4-2.4	REPARTITION EN POURCENTAGE DES JEUNES SELON L'AGE DE LA PREMIERE UNION CONJUGALE, ET SELON LEUR SCOLARITE	199
TABLEAU 4-2.5	REPARTITION EN POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES SELON L'AGE DE LA PREMIERE UNION CONJUGALE ET SELON LEUR RELIGION ACTUELLE	201
TABLEAU 4-2.6	REPARTITION EN POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES SELON L'AGE DE LEUR PREMIERE UNION CONJUGALE ET SELON L'AGE DE LA MERE A LA NAISSANCE DE SON PREMIER ENFANT	203
TABLEAU 4-3.1	POURCENTAGE DE JEUNES QUI NE SONT PAS ENCEINTES QUI ONT EU DES RAPPORTS SEXUELS PENDANT LE DERNIER MOIS, SELON SI ELLES UTILISENT OU NON UNE METHODE CONTRACEPTIVE PAR TRANCHES D'AGE	204
TABLEAU 4-3.2	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI UTILISENT UNE METHODE CONTRACEPTIVE SELON LA METHODE CHOISIE, PAR TRANCHES D'AGE	207
TABLEAU 4-3.3	REPARTITION EN POURCENTAGE DE FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, PAR TRANCHES D'AGE	208
TABLEAU 4-3.4	REPARTITION EN POURCENTAGE DE FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LEUR AGE QU'ELLES AVAIENT	209
TABLEAU 4-3.5	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, SELON SI ELLES SONT	210
TABLEAU 4-3.6	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LEURS LIEUX DE NAISSANCE	210
TABLEAU 4-3.7	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON SI ELLES ONT EU OU NON UN VISA POUR RENTRER AUX ETATS-UNIS	211

TABLEAU 4-3.8	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, SELON LEUR MODE DE VIE PREFERE, PAR TRANCHES D'AGE	212
TABLEAU 4-3.9	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, SELON SI ELLES AIMERAIENT VIVRE OU PAS AUX ÉTATS-UNIS	213
TABLEAU 4-3.10	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE	214
TABLEAU 4-3.11	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI ONT FAIT QUELQUE CHOSE POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL SELON LA RELIGION ACTUELLE	215
TABLEAU 4-3.12	REPARTITION EN POURCENTAGE DES JEUNES FEMMES QUI N'ONT RIEN FAIT POUR EVITER UNE GROSSESSE LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL, SELON LA RAISON DE LA NON-UTILISATION ET PAR TRANCHES D'AGE	216
TABLEAU 4-3.13	REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES QUI N'ONT RIEN FAIT LORS DE LEUR PREMIER RAPPORT SEXUEL POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE, SELON LA RAISON DE LA NON-UTILISATION D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE ET SELON LEUR NIVEAU DE SCOLARITE	218
TABLEAU 5-1.1	ANALYSE D'INDEPENDANCE ENTRE ETRE TOMBEE ENCEINTE OU NON AVANT 18 ANS ET LES VARIABLES INDEPENDANTES (SOCIO-ECONOMIQUES) POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION INTERROGEE DE 18 A 29 ANS	220
TABLEAU 5-1.2	POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI EST TOMBEE ENCEINTE AU MOINS UNE FOIS AVANT 18 ANS ET L'OBTENTION D'UN VISA POUR LES ÉTATS-UNIS	221
TABLEAU 5-1.3	POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI A CONNU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS, SELON SI ELLE EST ORIGINAIRES DE BASSE-CALIFORNIE	222
TABLEAU 5-1.4	POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI EST TOMBEE ENCEINTE AU MOINS UNE FOIS AVANT 18 ANS, SELON SI LEUR MERE A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS	222
TABLEAU 5-1.5	POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI EST TOMBEE ENCEINTE AU MOINS UNE FOIS AVANT 18 ANS, SELON LE NIVEAU DE SCOLARITE	223
TABLEAU 5-1.6	POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS QUI EST TOMBEE ENCEINTE AU MOINS UNE FOIS AVANT 18 ANS, SELON LA RELIGION ACTUELLE	223
TABLEAU 5-1.7	POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS AYANT CONNU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS, SELON LE SOUHAIT DE VIVRE AUX ÉTATS-UNIS	224
TABLEAU 5-1.8	POPULATION ENTRE 18 ET 29 ANS AYANT CONNU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS, SELON LA PREFERENCE DE MODE DE VIE ENTRE LE MEXIQUE ET LES ÉTATS-UNIS	224
TABLEAU 5-2.1	ANALYSE D'INDEPENDANCE ENTRE AVOIR EU OU NON UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS ET VARIABLES INDEPENDANTES (SOCIOECONOMIQUES). ENSEMBLE DE LA POPULATION INTERROGEE DE 20 A 29 ANS	225
TABLEAU 5-2.2	POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS, SELON L'OBTENTION D'UN VISA POUR ALLER AUX ÉTATS-UNIS	226
TABLEAU 5-2.3	POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS, SELON SI ELLE EST ORIGINAIRES OU NON DE BASSE-CALIFORNIE	226

TABLEAU 5-2.4	POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS, SELON SI LA MERE A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS	227
TABLEAU 5-2.5	POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS SELON LA SCOLARITE	227
TABLEAU 5-2.6	POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS SELON SA RELIGION ACTUELLE	228
TABLEAU 5-2.7	POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS SELON SI ELLE AIMERAIT OU PAS HABITER AUX ETATS-UNIS	228
TABLEAU 5-2.8	POPULATION ENTRE 20 ET 29 ANS QUI A EU AU MOINS UNE GROSSESSE AVANT 20 ANS, SELON LA PREFERENCE DE MODE DE VIE ENTRE LE MEXIQUE ET LES ÉTATS-UNIS	229
TABLEAU 5-3.1	VARIABLES DEPENDANTES QUI EXPLIQUENT LA PROBABILITE D'AVOIR UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS	230
TABLEAU 5-3.2	VARIABLES DEPENDANTES QUI EXPLIQUENT LA PROBABILITE D'AVOIR UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS	231
TABLEAU 5-3.3	VARIABLES DEPENDANTES QUI EXPLIQUENT LA PROBABILITE D'AVOIR UNE GROSSESSE AVANT 18 ANS	233

INDEX DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1.1	DROITE DE RÉGRESSION ASSOCIANT LE TAUX DE FÉCONDITÉ DES 15/19 ANS ET LE TAUX DE FÉCONDITÉ TOTALE POUR LES CINQ CONTINENTS DE LA PLANÈTE.	20
GRAPHIQUE 1.2	TAUX DE FÉCONDITÉ TOTALE ET TAUX DE FÉCONDITÉ CHEZ LES ADOLESCENTES PAR ÉTAT, 1992 ET 2009.	29
GRAPHIQUE 3.1.	TAUX TRIENNAUX DE GROSSESSE CHEZ LES FEMMES DE 12 À 29 ANS, PAR TRANCHE D'ÂGE.	135
GRAPHIQUE 3.2.	TAUX TRIENNAUX DE FÉCONDITÉ CHEZ LES FEMMES DE 12 À 29 ANS, PAR TRANCHE D'ÂGE.	136